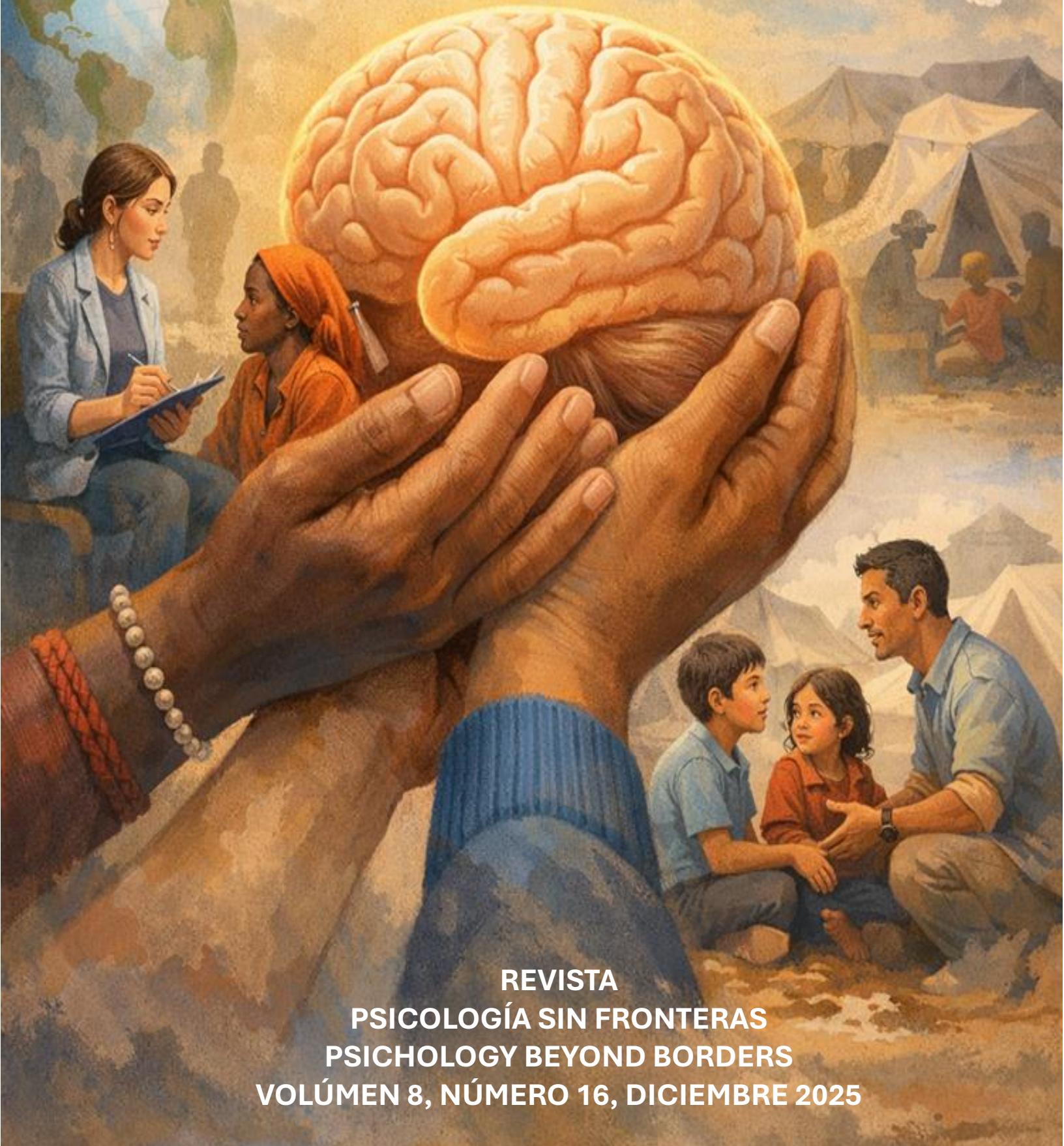




PSICOLOGÍA SIN FRONTERAS



Página legal

PSICOLOGÍA SIN FRONTERAS

PUBLICACIÓN SEMESTRAL

VOLUMEN 8 DEL AÑO 2025 CORRESPONDIENTE A LOS MESES DE JULIO A DICIEMBRE

EDITADA POR: PSFMX PSICÓLOGOS SIN FRONTERAS MÉXICO, A.C.

SE EDITA EN CIUDAD DE MÉXICO

RESERVA DE DERECHOS 04-2024-112009555 100-102

ISSN: 2954-3371

3

FECHA DE LA ÚLTIMA ACTUALIZACIÓN DE LA PLATAFORMA: 28 de diciembre de 2025

El número 16 de la Revista se subió a la red el 28 diciembre de 2025

Editor General responsable: Imelda Zaribel Orozco Rodríguez, zaribelo@gmail.com

*Las opiniones expresadas por los autores no necesariamente reflejan la postura del editor ni de
la Asociación.*

Se permite la reproducción parcial o total de los contenidos citando la fuente.

Página electrónica: <https://psfmx2017.wixsite.com/revistapsfmx>

Correo electrónico: psicologossinfronterasmx.org

Las normas de publicación se encuentran en la página de la revista.

CONTENIDO	
EDITORIAL	5
DISEÑO Y VALIDEZ DE CONTENIDO DE UN PROGRAMA INTEGRAL ORIENTADO A LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO BASADO EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS CON APOYO DE LA MÚSICA Valentina Acero Quintero, Vanessa Tania Osorio Colorado, Juan Camilo Rojas Ruiz, Camila Alejandra Ulloa Pisco	7
LA MIRADA PSICOMOTRIZ EN SU EXPRESIÓN GLOBAL EN EL ADULTO MAYOR Catalina Juana Pineda Romero, Patricia Bonilla Muñoz	19
NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN ESTUDIANTES ANTE UN EXAMEN DE ADMISIÓN DE NIVEL MEDIO Y SUPERIOR Beatriz Gómez Castillo, Alma Aurora Quiroz De la Cruz, Liliana Apolinar de la Cruz	33
NARRATIVA DE UNA EXPERIENCIA FAMILIAR DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19 Fátima Nicole Jasso Albarrán	47
COMPULSIÓN A LA REPETICIÓN (WIEDERHOLUNGSZWANG) EN UNA PACIENTE POLISOMATIZADORA. Alinka Granados Montiel, Martha Patricia Bonilla Muñoz	59
EL CUIDADO DEL CUERPO HUMANO EN LA FAMILIA ANTE EL CONFLICTO Y LA VIOLENCIA Juan Carlos Fabela Arriaga	75
EQUIPO EDITORIAL	85
CRITERIOS PARA PUBLICAR	86

EDITORIAL

La revista Psicologías sin fronteras continúa siendo una iniciativa de Psicólogos sin Fronteras México para abrir un espacio de reflexión y análisis respecto de diversos temas de interés. En coherencia con su vocación interdisciplinaria, esta edición reúne contribuciones que abordan la salud mental desde diversas perspectivas, integrando enfoques teóricos, metodológicos y aplicados que responden a las necesidades actuales de la práctica psicológica.

El número abre con un artículo que atiende el creciente interés en el ámbito de la salud mental por el Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ). La investigación se orienta a establecer la validez de contenido y la usabilidad de un programa integral de intervención y prevención de la sintomatología asociada al síndrome, apoyado en la música y dirigido al fortalecimiento de las funciones ejecutivas. Los resultados evidencian coherencia entre los modelos neuropsicológicos y psicológicos intervenidos, una reducción significativa de la sintomatología del SCQ y una sólida articulación con el modelo de funciones ejecutivas frías y cálidas propuesto por Zelazo y Müller (2002), destacando además su alta aplicabilidad en el ámbito clínico.

En un segundo momento se presenta una investigación cualitativa-descriptiva, bajo el diseño de estudio de caso único con seguimiento longitudinal, que evalúa la efectividad de una intervención psicomotriz reeducativa basada en el modelo de Bernard Aucouturier, adaptada a una mujer adulta mayor de 68 años. Los hallazgos muestran mejoras progresivas en coordinación, equilibrio, memoria y disposición socioafectiva, subrayando la pertinencia de adaptar metodologías psicomotrices originalmente diseñadas para la infancia al campo gerontológico, así como su potencial para promover un envejecimiento activo y emocionalmente pleno.

Posteriormente, se incluye un estudio que identifica los niveles de ansiedad-estado en estudiantes de entre 15 y 18 años ante un examen de admisión a nivel medio superior y superior. Los resultados revelan una alta prevalencia de ansiedad como rasgo, lo que permite reflexionar sobre la importancia de considerar las diferencias individuales en la propensión a responder a situaciones evaluativas como amenazantes.

Este número también incorpora una narrativa testimonial sobre la experiencia vivida

durante la pandemia de COVID-19 en México, que invita a reflexionar sobre sus efectos en la salud física, mental y social, así como sobre la resignificación de los vínculos afectivos, la resiliencia y el valor de la vida cotidiana en contextos de adversidad.

Asimismo, Granados-Montiel y Bonilla-Muñoz presentan un estudio de caso psicoanalítico que, desde la propuesta metodológica de Joyce McDougall (1989), aborda la compleja sintomatología corporal de una paciente con aparente estructura neurótica, mostrando cómo el trabajo analítico posibilita la elaboración simbólica de conflictos físicos a través del lenguaje.

Finalmente, se ofrece una revisión de los ordenamientos jurídicos mexicanos relacionados con el cuidado del cuerpo humano desde su concepción hasta la muerte, subrayando la necesidad de promover el conocimiento y comprensión de la norma jurídica, así como de impulsar programas formativos que favorezcan el desarrollo integral de las personas y la protección del cuerpo humano, así como una corresponsabilidad activa entre familia, Estado y sociedad, basada en la educación en derechos humanos, el desarrollo de habilidades socioemocionales, la empatía y el uso de mecanismos alternativos de solución de conflictos.

Con esta edición, Psicologías sin Fronteras refrenda su compromiso con la difusión del conocimiento científico, la reflexión crítica y la construcción de prácticas psicológicas sensibles, éticas y socialmente responsables.

Imelda Zaribel Orozco Rodríguez
Editora general

DISEÑO Y VALIDEZ DE CONTENIDO DE UN PROGRAMA INTEGRAL ORIENTADO A LA PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN DE LA SINTOMATOLOGÍA DEL SÍNDROME DEL CUIDADOR QUEMADO BASADO EN LAS FUNCIONES EJECUTIVAS CON APOYO DE LA MÚSICA

DESIGN AND CONTENT VALIDITY OF A COMPREHENSIVE PROGRAM ORIENTED TO THE PREVENTION AND INTERVENTION OF CAREGIVER BURNOUT SYNDROME SYMPTOMS BASED ON EXECUTIVE FUNCTIONS WITH THE SUPPORT OF MUSIC

Valentina Acero Quintero¹

Vanessa Tania Osorio Colorado²

Juan Camilo Rojas Ruiz³

Camila Alejandra Ulloa Pisco⁴

UniSanitas

Resumen

¹ Psicóloga especialista en psicológica clínica, maestrante en Psicología Clínica y de la Salud. Con experiencia en intervención terapéutica individual y grupal desde modelo cognitivo conductual en modalidad virtual y presencial con adolescentes, adulto joven y adulto. Docente de alianza internacional.

Correspondencia: v.aceroqu@unisanitas.edu.co

² Psicóloga, especialista en Psicología Clínica y maestrante en Psicología Clínica y de la Salud. Experiencia en los ámbitos clínico y de salud, tanto en contextos asistenciales como en consulta externa, brindando atención psicológica individual y grupal a lo largo de todas las etapas del ciclo vital. He participado en el diseño e implementación de talleres psicoeducativos, así como en estrategias de prevención y promoción de la salud mental. Investigadora principal en estudios sobre representaciones sociales de la interrupción voluntaria del embarazo y en el desarrollo de propuestas de intervención para cuidadores informales.

Correspondencia: vt.osorioco@unisanitas.edu.co

³ Psicólogo profesional especialista en psicología clínica, maestrante de Psicología Clínica y de la Salud con enfoque de intervención es el cognitivo conductual. Psicoterapeuta con TAA terapia asistida con animales. Cuatro años de experiencia en intervención clínica, con experiencia en el abordaje de adicciones químicas y comportamentales en centros de emergencia de ICBF. Diplomado en psicología clínica en intervención y manejo emocional en población adolescente, adulto joven y adulto medio cuenta con curso en las intervenciones de consumo de SPA y conductas adictivas.

Correspondencia: jc.rojasru@unisanitas.edu.co

⁴ Psicóloga con enfoque clínico y educativo, especialista en psicología clínica, con maestría en salud en curso. Cuento con experiencia en evaluación, formulación e intervención en salud mental, abordando problemáticas en niños, adolescentes y adultos en contextos clínicos, educativos y comunitarios. Experiencia en atención psicológica individual y grupal, el diseño y aplicación de talleres psicoeducativos, y la implementación de estrategias de promoción y prevención en salud mental. Poseedora de conocimientos en gestión humana y bienestar organizacional.

Correspondencia: ca.ulloapi@unisanitas.edu.co

El objetivo del presente es establecer el grado de validez por contenido y usabilidad de un programa integral de intervención y prevención de la sintomatología asociada al Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, apoyado por la música y orientado al mejoramiento de las funciones ejecutivas. **Método:** Cuantitativo, transversal, descriptivo y de desarrollo tecnológico. **Procedimiento:** Calificación de contenido y usabilidad por un grupo multidisciplinario de jueces expertos. **Resultados:** A partir de la validez de contenido de Lawshe ajustado por Tristán-López (2008), se obtuvo con CVR* iguales o superiores a 0.80, en claridad, suficiencia, coherencia y relevancia y el 16,3% requiere ajustes menores. En usabilidad muestra una alta aplicabilidad en contextos clínico. **Discusión:** Se muestra coherencia entre modelos intervenidos neuropsicológicos y psicológicos, reducción de sintomatología asociada al SCQ, junto con los principios del modelo de funciones ejecutivas frías y cálidas propuesto por Zelazo y Müller (2002), apoyado por la música.

Palabras clave: Síndrome del Cuidador Quemado, neuropsicología, música, funciones ejecutivas, regulación emocional, validez de contenido, validez de usabilidad.

Abstract

Objective: To establish the degree of content validity and usability of a comprehensive, music-supported program for the intervention and prevention of symptoms associated with Burnout Syndrome (BCS) in informal caregivers, aimed at improving executive functions, supported by music. **Method:** Quantitative, cross-sectional, descriptive, and technical-technological development and innovation. Procedure: Content and usability rating by a multidisciplinary group of expert judges. **Results:** Based on the Lawshe content validity adjusted by Tristán-López (2008), CVR* equal to or greater than 0.80 were obtained in clarity, sufficiency, coherence, and relevance, and 16.3% require minor adjustments. In terms of usability, it shows high applicability in clinical contexts. **Discussion:** It shows coherence between neuropsychological and psychological models intervened, reduction of symptoms associated with SCQ, together with the principles of the cold and warm executive functions model proposed by Zelazo and Müller (2002), supported by music.

Keywords: Caregiver Burnout Syndrome, neuropsychology, music, executive functions, emotional regulation, content validity, usability validity.

Introducción

El Síndrome del Cuidador Quemado (SCQ) ha adquirido un creciente interés en el ámbito de la salud mental debido al aumento progresivo de personas en situación de dependencia y al rol central que ocupan los cuidadores informales. Estudios recientes evidencian que entre el 55 % y el 60 % de los cuidadores en Colombia presentan sintomatología asociada al SCQ, caracterizada por agotamiento emocional, sentimientos de ineeficacia, despersonalización, y deterioro en funciones ejecutivas como atención sostenida, planificación y toma de decisiones (Vitaliano, Ustundag, & Borson, 2017; Maslach, Schaufeli, & Leiter, 2001). Estas manifestaciones afectan tanto el bienestar psicológico como el desempeño cognitivo del cuidador, interfiriendo en su calidad de vida y en la calidad del cuidado brindado. Esta problemática requiere intervenciones integrales que aborden de forma simultánea los factores emocionales y cognitivos, como aquellas basadas en el entrenamiento de funciones ejecutivas y estrategias complementarias como la musicoterapia.

Marco teórico

Las funciones ejecutivas son un conjunto de habilidades cognitivas de orden superior que permiten la planificación, regulación y ejecución de conductas dirigidas a metas (Zelazo & Müller, 2002). Este modelo distingue entre funciones ejecutivas frías, relacionadas con el razonamiento lógico y el control cognitivo (como la memoria de trabajo, la inhibición y la planificación), y funciones ejecutivas cálidas, que implican la toma de decisiones en contextos emocionales, la regulación afectiva y la empatía. Desde la neurociencia, se ha identificado que las funciones frías están asociadas con la corteza prefrontal dorsolateral, mientras que las cálidas involucran estructuras como la corteza orbitofrontal, la amígdala y la corteza ventromedial (Diamond, 2013).

La musicoterapia se define como el uso clínico y basado en evidencia de intervenciones musicales para alcanzar objetivos terapéuticos en el tratamiento de necesidades físicas, emocionales, cognitivas y sociales (Pérez-Núñez et al., 2024). Se ha demostrado que la musicoterapia promueve la regulación emocional, reduce el estrés y facilita procesos de expresión simbólica y resiliencia, lo cual es especialmente relevante en contextos de cuidado prolongado y sobrecarga emocional. Además, activas redes cerebrales vinculadas con el sistema límbico, reforzando la conexión entre emoción y cognición (Thaut et al., 2015).

La intervención neuropsicológica se entiende como un enfoque clínico orientado a restaurar, compensar o mantener funciones cognitivas alteradas a través de estrategias estructuradas. Barbara Wilson (2019) señala que estas intervenciones no sólo buscan mejorar la

cognición, sino también reducir el impacto funcional y emocional que tiene el deterioro cognitivo en la vida diaria. Este tipo de intervención incluye entrenamiento en atención, memoria, funciones ejecutivas y regulación emocional, elementos esenciales en la prevención del SCQ.

Estudios recientes indican que el entrenamiento en funciones ejecutivas mejora la resiliencia psicológica, la toma de decisiones y el afrontamiento del estrés en poblaciones con alta carga emocional (Diamond, 2013; Choi Y., 2010). Asimismo, la implementación de musicoterapia en contextos clínicos y comunitarios ha demostrado reducir los niveles de ansiedad, mejorar la calidad de vida y favorecer la regulación emocional en cuidadores informales (Pérez-Núñez et al., 2024; Raja et al., 2025).

Método

Se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo, transversal, descriptivo y de desarrollo tecnológico. Con el objetivo de establecer el grado de validez por contenido y usabilidad de un programa integral y apoyado por la música, de intervención y prevención de la sintomatología asociada al Síndrome de Cuidador Quemado (SCQ) en cuidadores informales, orientado al mejoramiento de las funciones ejecutivas, apoyado por la música. El procedimiento se estructuró en tres fases: (1) revisión documental y fundamentación teórica, (2) diseño del programa y estructuración de sesiones, y (3) validación por jueces expertos.

Participantes

Para la validación de contenido se contó con la participación de seis (6) jueces expertos, todos con formación de maestría en sus respectivas disciplinas: dos (2) neuropsicólogas, dos (2) musicoterapeutas y dos (2) psicólogas de la salud. Para la validación de usabilidad participaron cinco (5) jueces con nivel de maestría: tres (3) neuropsicólogos y dos (2) psicólogos clínicos y de la salud.

Criterios de inclusión y exclusión

Se incluyeron psicólogos con maestría o doctorado en neuropsicología, psicología de la salud, psicología clínica y de la salud o musicoterapia, con al menos dos años de experiencia en su área de formación, así como experiencia comprobable en diseño y/o validación de programas de intervención. Se excluyeron profesionales que no cumplieran con el nivel de formación requerido,

sin experiencia clínica directa o sin participación previa en procesos académicos relacionados con la validación de instrumentos.

Procedimiento

En la primera fase se realizó una revisión sistemática de literatura en bases de datos científicas (Scopus, PubMed, Redalyc y SciELO), identificando aportes teóricos y empíricos sobre SCQ, funciones ejecutivas, intervención neuropsicológica y musicoterapia.

La segunda fase consistió en rediseñar el programa “Cuidándome por los que cuido” (Díaz, García & Wilches, 2020), se rediseñaron actividades y se crearon otras acompañadas de la música. Obteniendo como resultado el programa “Al ritmo del autocuidado”, cuyo propósito es contribuir a la mitigación del SCQ en cuidadores informales, mediante un enfoque innovador que combina estrategias neuropsicológicas y el apoyo de la música. El programa integra el Modelo de Funciones Ejecutivas Frías y Cálidas de Zelazo y Müller (2002) con estrategias didácticas apoyadas por la música.

En la tercera fase, la validación de contenido se realizó a través de juicio de expertos bajo el modelo original de Lawshe (1975) adaptado por Tristán-López (2008). Los jueces evaluaron cada ítem en relación con su claridad, coherencia, relevancia y suficiencia utilizando una escala tipo Likert. La usabilidad la evaluaron desde los criterios de pertinencia clínica, factibilidad en aplicación, adecuación temporal, impacto terapéutico esperado, atractivo o motivación esperado, integración de la música y adaptabilidad del programa; obteniendo como resultados una alta aplicabilidad, destacando la claridad de las instrucciones, la coherencia técnica y la efectividad del enfoque musical. Obteniendo un CVR* mayor o igual a 0,80.

Resultados

La validación de contenido del programa se realizó siguiendo el índice de validez de contenido (IVC) propuesto por Lawshe (1975) y adaptado por Tristán-López (2008), especialmente útil para muestras pequeñas de jueces. Este modelo permitió establecer estadísticamente qué actividades debían ser conservadas, ajustadas o eliminadas con base en cuatro criterios: claridad, suficiencia, coherencia y relevancia. Se estableció como umbral de aceptabilidad un coeficiente de validez de contenido (CVR*) igual o superior a 0.5823. Para la validación del programa participaron un total

de once (11) jueces, de los cuales seis (6) evaluaron la validez de contenido y cinco (5), la validez de usabilidad.

Tabla 1.

CVR*Producto de la validación de contenido por jueces

Actividad	Momento	Claridad	Suficiencia	Coherencia	Relevancia
		CVR*	CVR*	CVR*	CVR*
	1	0,8	1,0	0,8	1,0
La ruleta del saber.	2	0,8	1,0	1,0	1,0
	3	1,0	0,8	1,0	1,0
	4	0,8	0,7	0,7	0,8
Siente las texturas.	1	1,0	1,0	0,8	0,8
(Entrenamiento	2	0,7	0,8	0,8	0,8
atención	3	0,8	0,8	0,8	0,8
Arousal,	4	0,8	0,7	0,8	0,8
focalizada y sostenida).					
Al ritmo de la partitura.	1	1,0	1,0	0,8	0,8
(Atención alternante y Dividida)	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,7	0,8	0,8	0,7
Encuentra al impostor.	1	1,0	1,0	1,0	1,0
	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	1,0	1,0

	4	0,8	0,8	0,8	0,7
Mi filtro	1	0,8	0,8	0,8	0,8
musical	2	0,8	0,8	0,8	0,8
(Inhibición	3	1,0	1,0	1,0	1,0
Perceptual)	4	0,8	0,8	0,8	0,8
Actividad 1 -	1	1,0	1,0	1,0	1,0
Stop de	2	1,0	1,0	1,0	1,0
pensamiento	3	1,0	1,0	1,0	1,0
(Inhibición	4	1,0	1,0	1,0	0,8
Cognitiva)	1	0,8	0,8	0,8	0,8
Actividad 2 -	2	1,0	1,0	1,0	1,0
Parada Rítmica	3	1,0	1,0	1,0	1,0
(Inhibición	4	1,0	1,0	1,0	0,8
Conductual)	1	0,8	0,8	1,0	1,0
Escucho y	2	0,8	1,0	1,0	0,8
recuerdo	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	1,0	1,0	1,0	0,8
	1	1,0	1,0	1,0	1,0
Armando y	2	0,8	0,8	0,8	0,7
creando.	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,7

	1	0,8	0,8	1,0	1,0
Camino	2	1,0	1,0	0,8	0,7
Musical.	3	0,8	0,8	0,8	1,0
	4	0,8	0,8	0,8	0,7
	1	1,0	1,0	1,0	1,0
Al ritmo de mi	2	1,0	1,0	1,0	0,8
emoción.	3	1,0	0,8	1,0	0,8
	4	1,0	0,8	1,0	0,8
	1	0,8	0,8	1,0	1,0
Paciencia en	2	0,8	0,8	0,8	0,7
acción	3	1,0	1,0	0,8	0,8
	4	1,0	1,0	1,0	1,0
Actividad 1 -	1	1,0	1,0	1,0	1,0
Mírame como	2	0,8	0,8	0,8	0,7
te miro	3	1,0	1,0	1,0	1,0
(empatía	4	0,8	0,8	0,8	0,8
emocional).					
	1	1,0	1,0	1,0	1,0
Actividad 2 -	2	1,0	1,0	1,0	0,8
Piensa lo que	3	1,0	1,0	1,0	1,0
pienso.	4	0,8	0,8	0,8	0,7
Siendo también	1	1,0	1,0	1,0	0,8
mi prioridad.	2	1,0	1,0	1,0	0,8

	3	1,0	1,0	1,0	1,0
	4	1,0	1,0	1,0	0,8
Dar cierre al programa “Al ritmo del autocuidado” a los participantes.	1	1,0	1,0	1,0	0,8
	2	0,8	0,8	0,8	0,7
	3	1,0	1,0	1,0	0,8
	4	1,0	1,0	1,0	0,8

Los resultados muestran que la mayoría de las actividades fueron aceptadas sin necesidad de modificaciones. Se identificaron 37 momentos con un CVR* de 1.0 en la dimensión de claridad (57.81 %), 25 momentos con 0.8 (39.06 %) y solo dos con 0.7 (3.13 %), lo que sugiere una alta comprensión general del material. En suficiencia, 57.81 % de los momentos fueron valorados como completamente adecuados, mientras que el 39.06 % requería ajustes menores y solo el 3.13 % necesitaba ajustes más específicos.

En cuanto a la coherencia, se identificó que el 59.38 % de los momentos se alineaban perfectamente con los objetivos, 39.06 % con aceptación sin modificación y solo un 1.56 % requería cambios. En relevancia, el 81.26 % de las sesiones fueron evaluadas como esenciales (sumando CVR* de 1.0 y 0.8), mientras que el 18.75 % requirió ajustes para mejorar su aplicabilidad.

Las decisiones derivadas de estos hallazgos indicaron que las actividades con CVR* por debajo de 0.5823 en coherencia o relevancia serían eliminadas, mientras que aquellas con puntajes bajos en claridad o suficiencia fueron modificadas para mejorar su funcionalidad. En total, 14 momentos de diversas sesiones fueron ajustados, especialmente en sesiones 1, 2, 3, 4, 8, 9, 11, 12 y 14.

Tabla 2.

CVR, Validación de usabilidad por jueces

CRITERIOS DE CALIFICACIÓN	CVR*
Claridad	1,0
Pertinencia Clínica	1,0
Factibilidad de aplicación	0,8
Adecuación temporal	0,8
Impacto terapéutico esperado	1,0
Atractivo o motivación esperada	1,0
Integración de la música	1,0
Adaptabilidad del programa	0,8

En relación con la validación de usabilidad, se evaluaron ocho criterios: claridad, pertinencia clínica, factibilidad de aplicación, adecuación temporal, impacto terapéutico esperado, atractivo o motivación, integración de la música y adaptabilidad. Todos los criterios superaron el valor mínimo aceptable, destacándose claridad, pertinencia clínica, impacto terapéutico, motivación e integración musical con un CVR* de 1.0. La factibilidad, adaptabilidad y adecuación temporal obtuvieron un CVR* de 0.8, lo que indica aceptación con necesidad de ajustes.

En conclusión, el análisis estadístico validó que el programa “Al ritmo del autocuidado” presenta una estructura sólida, con alta aceptabilidad en sus dimensiones clave. Las observaciones cualitativas de los jueces permitieron refinar contenidos y estrategias, garantizando su pertinencia clínica y su aplicabilidad en contextos reales. Estos resultados respaldan la calidad teórica, metodológica y práctica del programa como herramienta de intervención neuropsicológica y musical para la prevención del SCQ en cuidadores informales.

Discusión

Los resultados obtenidos evidencian que el programa “Al ritmo del autocuidado” cumple con criterios metodológicos sólidos en términos de validez de contenido y usabilidad, lo cual respalda

su pertinencia y aplicabilidad en contextos clínicos y comunitarios dirigidos a cuidadores informales. La alta aceptación de las actividades diseñadas, reflejada en los coeficientes de validez superiores al umbral de 0.80 en la mayoría de los criterios evaluados, sugiere que el contenido es claro, coherente, suficiente y relevante para la población objetivo.

Desde una perspectiva teórica, el modelo de funciones ejecutivas frías y cálidas de Zelazo y Müller (2002) aportó un marco integral para el diseño de las sesiones, permitiendo abordar tanto los procesos cognitivos como los afectivos implicados en la experiencia del cuidado informal. La integración de musicoterapia, respaldada por evidencia empírica reciente (Pérez-Núñez et al., 2024; Thaut & Hoemberg, 2015), refuerza la innovación del programa al incorporar un componente emocional y expresivo que potencia los efectos terapéuticos de la intervención.

Asimismo, la validación de usabilidad confirma que el programa es percibido como comprensible, motivador, ajustable a diferentes contextos y con un impacto terapéutico potencial significativo. Esto resulta especialmente relevante en escenarios como el colombiano, donde las políticas públicas en torno al cuidado reconocen la necesidad urgente de estrategias psicosociales accesibles para mitigar el desgaste de los cuidadores informales.

Los hallazgos también permiten reflexionar sobre las limitaciones del programa. Aunque la validación por jueces aporta rigor al proceso de diseño, no sustituye una evaluación de efectividad en campo. Por lo tanto, futuras investigaciones deberán implementar el programa con cuidadores reales y medir su impacto mediante diseños experimentales y seguimiento longitudinal.

En suma, esta propuesta representa un avance significativo en la intervención psicológica y neuropsicológica en el campo del cuidado informal, ofreciendo una alternativa viable, estructurada y empáticamente construida para responder a los desafíos emocionales y cognitivos del síndrome del cuidador quemado.

Referencias

Barbara A. Wilson, J. W. (2019). *Rehabilitación neuropsicológica Manual internacional*. Ciudad de México, México: Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Choi Y. (2010) *The effect of music and progressive muscle relaxation on anxiety, fatigue, and quality of life in family caregivers of hospice patients*, 47(1), 53-69.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20635523/>

- Diamond, A. (2013). *Executive functions*. Annual Review of Psychology, 64, 135–168.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-113011-143750>
- Díaz, M., García, A. y Wilches, L. (2020). “*Cuidándome por los que cuido*”, Un programa orientado a la disminución de la sintomatología del Síndrome Del Cuidador Quemado. Tesis de pregrado para optar por el título de psicóloga. Fundación Universitaria Sanitas.
- Maslach, C., Schaufeli, W. B., & Leiter, M. P. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology*, 52, 397–422. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.397>
- Pérez-Núñez, A., Gómez-Torres, M., & Hidalgo, P. (2024). Efectos de la musicoterapia en cuidadores informales. Una revisión sistemática. *Revista de Psicología Clínica y Salud*, 40(1), 25–38.
- Raja, S., Barry, C., Upadhyay, R., Alash, R., O’Raghallaigh, M., Hayes, R., & Romero - Ortuno, R. (2025). *Harmonious ageing: A narrative review of music therapy in the biomedical literature*. European Geriatric Medicine, 16 (2), 461–472. Tomado de:
<https://doi.org/10.1007/s41999-024-01146-z>
- Thaut, M. H., & Hoemberg, V. (Eds.). (2015). *Handbook of neurologic music therapy*. Oxford University Press.
- Tristán-López, A. (2008). *Modificación al modelo de Lawshe para el dictamen cuantitativo de la validez de contenido de un instrumento objetivo*. Avances en Medición, 6, 25–36.
<https://www.avancesenmedicion.mx/index.php/avances/article/view/56>
- Vitaliano, P. P., Ustundag, Y., & Borson, S. (2017). *Cognitive decline and caregiver burden in caregivers of persons with dementia: A systematic review and meta-analysis*. The Gerontologist, 57(5), 1–14. <https://academic.oup.com/gerontologist/issue/57/5>
- Zelazo, P. D., & Müller, U. (2002). *Executive function in typical and atypical development*. In U. Goswami (Ed.), Blackwell handbook of childhood cognitive development (pp. 445–469). Blackwell.

Envío a dictamen:	23 de julio de 2025
Aprobación:	26 de agosto de 2025

LA MIRADA PSICOMOTRIZ EN SU EXPRESIÓN GLOBAL EN EL ADULTO MAYOR

THE PSYCHOMOTOR PERSPECTIVE IN ITS GLOBAL EXPRESSION IN OLDER ADULTS

Catalina Juana Pineda Romero⁵

Patricia Bonilla Muñoz*⁶

*Colegio Internacional de Educación Superior

Resumen

El envejecimiento poblacional en México es uno de los principales retos para el sistema de salud y las políticas sociales; porque, para 2050 se estima que más del 20 % de la población tendrá 60 años o más (INEGI, 2022; INAPAM, 2025). En este contexto, la psicomotricidad se presenta como una estrategia innovadora para favorecer la funcionalidad, la autonomía y el bienestar integral de las personas mayores.

Este estudio tuvo como objetivo evaluar la efectividad de una intervención psicomotriz reeducativa basada en el modelo de Bernard Aucouturier, adaptada a una paciente adulta mayor de 68 años con antecedentes de aislamiento social, bloqueo emocional e inhibición psicomotriz. Se utilizó un diseño cualitativo-descriptivo de estudio de caso único, con un seguimiento longitudinal de 236 sesiones, los instrumentos incluyeron la Batería Psicomotora de Da Fonseca, observación clínica sistemática y narrativas escritas de la participante.

El análisis de datos se realizó mediante análisis temático siguiendo el procedimiento de Braun y Clarke, los resultados evidenciaron mejoras progresivas en la coordinación, el equilibrio, la memoria y la disposición socioafectiva, destacando la pertinencia de adaptar metodologías psicomotrices originalmente diseñadas para la infancia al ámbito gerontológico. Se concluye que la

⁵ Doctora en Ciencias de Desarrollo Humano. Clínica Privada.
Correspondencia: Catilaurogal@gmail.com

⁶ Doctora en Psicología Social. Profesor- Investigador Colegio Internacional De Educación Superior
Correspondencia: patriciabonillam@gmail.com

psicomotricidad, aplicada con sensibilidad y rigor metodológico, puede convertirse en un recurso valioso para promover un envejecimiento activo, participativo y emocionalmente pleno en México.

Palabras clave: envejecimiento, psicomotricidad, modelo Aucouturier, gerontología, estudio de caso.

Abstract

Population aging in Mexico is one of the main challenges for the healthcare system and social policies, since it is estimated that by 2050, more than 20% of the population will be 60 years old or older (INEGI, 2022; INAPAM, 2025). In this context, psychomotricity emerges as an innovative strategy to enhance functionality, autonomy, and overall well-being in older adults.

This study aimed to evaluate the effectiveness of a re-educational psychomotor intervention based on Bernard Aucouturier's model, adapted to a 68-year-old woman with a history of social isolation, emotional blockage, and psychomotor inhibition. A single-case qualitative and descriptive design was used, with longitudinal monitoring across 236 sessions. Instruments included Da Fonseca's Psychomotor Battery, systematic clinical observation, and written narratives produced by the participant.

Data was analyzed through thematic analysis, following Braun and Clarke's procedure. The findings revealed gradual improvements in coordination, balance, memory, and socio-affective engagement, highlighting the feasibility of adapting psychomotor methodologies originally designed for children to the gerontological context. It is concluded that psychomotricity, applied with sensitivity and methodological rigor, can become a valuable tool to promote active, participatory, and emotionally fulfilling aging in México.

Keywords: aging, psychomotricity, Aucouturier model, gerontology, case study

Introducción

El envejecimiento constituye un fenómeno complejo y gradual, en el que confluyen transformaciones biológicas, psicológicas y sociales que, de forma interrelacionada, inciden directamente sobre la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida en la vejez. Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento implica cambios morfofuncionales en sistemas como el

musculoesquelético, el cardiovascular y el nervioso, lo cual reduce la capacidad de realizar actividades cotidianas y aumenta la susceptibilidad a enfermedades crónicas.

En el plano psicológico, el paso del tiempo suele asociarse con lentitud en el procesamiento de información, disminución de la memoria operativa y menor flexibilidad cognitiva, además de un posible incremento en síntomas depresivos o ansiosos, muchas veces exacerbados por factores como el aislamiento social. En lo social, la pérdida progresiva de roles, el debilitamiento de las redes de apoyo y la jubilación pueden erosionar el sentido de identidad, el propósito y el sentido de pertenencia.

En México, esta dinámica adquiere particular urgencia dado el acelerado proceso de envejecimiento demográfico. En el segundo trimestre de 2022, se estimó que en el país residían 17 958 707 personas de 60 años y más, cifra que equivale aproximadamente al 14 % de la población total (INEGI, 2022). Además, la proporción de adultos mayores ha mostrado una tendencia al alza: mientras en 2018 representaban 12.3 %, para 2023 ya eran cerca de 14.7 % (ENADID, 2023; Milenio, 2024).

De esta manera, existen proyecciones oficiales que anticipan que México pasará por un punto de inflexión demográfica hacia 2030, cuando las personas mayores (≥ 60 años) superen en porcentaje a los niños (0-14 años) (INAPAM, 2025). Estos datos ponen en relieve el reto inminente que enfrentan los sistemas de salud, así como las políticas sociales, al confrontar una mayor demanda de atención integral para una población con necesidades crecientes.

Frente a este panorama, la psicomotricidad emerge como una estrategia de intervención con alto potencial para trabajar con adultos mayores. Entendida como la interrelación armónica entre los aspectos motores, cognitivos, emocionales y simbólicos del individuo, su abordaje holístico considera al cuerpo como lugar de expresión, comunicación y reconstrucción identitaria.

La estimulación psicomotriz ha demostrado efectos positivos no solo en la coordinación, el equilibrio y la funcionalidad motora, sino también en aspectos como la autoestima, la regulación emocional y la socialización (Oca González, 2020). No obstante, la mayoría de los programas existentes han sido concebidos para población infantil o para rehabilitación neurológica en adultos, lo que evidencia una brecha considerable en el diseño y aplicación de propuestas específicas para personas mayores.

Dentro del ámbito psicomotriz, el modelo de Bernard Aucouturier destaca por su énfasis en la libre expresión corporal, el juego simbólico y la vivencia emocional como elementos centrales para la reeducación motriz. Este enfoque combina dimensiones reeducativas, preventivas y terapéuticas, favoreciendo no solo la recuperación de habilidades motoras, sino también la integración simbólica de experiencias afectivas.

Aunque este modelo se originó para trabajar con niños, sus principios ofrecen posibilidades de adaptación para el contexto de la geronto psicomotricidad, donde el objetivo principal es preservar o recuperar la autonomía y la continuidad identitaria a través del movimiento.

La relevancia de aplicar el modelo Aucouturier en el campo gerontológico radica en su capacidad para revitalizar la identidad corporal y emocional, aspectos frecuentemente debilitados en la vejez por la pérdida, el deterioro funcional y el distanciamiento social.

Al privilegiar el movimiento libre, la exploración del espacio y el uso significativo de objetos, se facilita la reactivación de memorias motoras y emocionales, promoviendo un sentido de coherencia personal. Su carácter no directivo y respetuoso ayuda a evitar la infantilización —un riesgo común en intervenciones para mayores—, al fomentar la creatividad, el protagonismo activo y la dignidad del participante.

Diversas investigaciones han documentado beneficios de la intervención psicomotriz en adultos mayores. Por ejemplo, un estudio con participantes con deterioro cognitivo leve evidenció mejoras en funciones cognitivas y motoras al aplicar un programa estructurado de psicomotricidad (Pozo-Cevallos & Fonseca-Bautista, 2021).

Asimismo, los trabajos de González y Marchetti (2014) identificaron impactos positivos en calidad de vida y capacidad funcional de adultos mayores con deterioro cognitivo leve o moderado mediante intervenciones psicomotrices. Sin embargo, ninguno de estos estudios aplicó explícitamente el modelo de Aucouturier al ámbito geriátrico.

Por lo tanto, existe un vacío importante en la literatura en cuanto al uso directo del modelo Aucouturier en personas mayores. Las adaptaciones necesarias para evitar la infantilización, ajustar la carga motriz y conservar el sentido de autonomía suelen estar ausentes o poco documentadas.

Esta carencia se ve acentuada en estudios donde los materiales o las dinámicas propuestas no guardan relación con la historia de vida de los participantes, lo que puede reducir la motivación y la adherencia al programa.

Ante este contexto, el presente estudio se propone evaluar un programa de reeducación psicomotriz inspirado en Aucouturier, adaptado a las características particulares de una paciente adulta mayor, con el propósito de analizar sus efectos en los ámbitos motriz, cognitivo y socioafectivo.

Objetivo

El propósito central de este estudio es analizar la efectividad de una intervención psicomotriz de carácter reeducativo, fundamentada en el modelo de Bernard Aucouturier y adaptada específicamente a una paciente adulta mayor. El interés se centra en observar las transformaciones alcanzadas en tres esferas clave del bienestar: la motriz, la cognitiva y la socioafectiva, con el fin de determinar en qué medida este enfoque puede contribuir a la preservación de la autonomía y la calidad de vida en la vejez

Metodología

Diseño del estudio

Para responder al objetivo planteado se eligió un diseño de caso clínico único, con un enfoque cualitativo-descriptivo y longitudinal, lo que permitió un seguimiento sistemático de la paciente durante un total de 236 sesiones de intervención. La metodología del estudio de caso se justifica en contextos donde es necesario comprender fenómenos complejos en profundidad, ya que posibilita integrar la perspectiva del participante, el contexto sociocultural en el que se desarrolla y los procesos de cambio que emergen a lo largo del tiempo (Yin, 2018).

La selección de un estudio de caso único se sustenta en la necesidad de explorar procesos de cambio en dimensiones que difícilmente pueden ser captadas por diseños experimentales tradicionales, los cuales tienden a aislar variables y a desestimar la riqueza del entorno en que se produce el fenómeno (Simons, 2009). Por el contrario, el enfoque cualitativo adoptado permitió

reconocer patrones de avance, momentos de estancamiento y fases de readaptación, propios de la experiencia vital de las personas mayores.

El carácter longitudinal de este diseño resultó fundamental para documentar tanto los progresos graduales como los retrocesos temporales en las áreas motriz, cognitiva y socioafectiva, entendiendo que en la vejez los procesos de cambio no suelen seguir una trayectoria lineal, sino que se ven modulados por condiciones de salud, estados emocionales y dinámicas sociales (Fernández-Ballesteros, 2019). De esta manera, el estudio no se limitó a medir resultados puntuales, sino que ofreció una visión integral de la evolución de la paciente a lo largo del tiempo.

Asimismo, se aplicó un proceso de triangulación metodológica, que incluyó la combinación de pruebas estandarizadas, observaciones sistemáticas y narrativas personales de la paciente. Esta estrategia incrementó la validez interna del estudio y enriqueció la interpretación al contrastar indicadores objetivos con las vivencias subjetivas (Flick, 2018). De igual forma, se otorgó especial atención a la dimensión relacional de la psicomotricidad, registrando aspectos de comunicación no verbal, transferencia emocional y simbolización a través del movimiento, dado que la interacción paciente-terapeuta constituye un factor esencial en el modelo de Aucouturier (Aucouturier & Lapierre, 2017).

Finalmente, este diseño respondió también a consideraciones éticas. El seguimiento personalizado en un caso único posibilitó construir un acompañamiento respetuoso y coherente con la historia de vida de la paciente, evitando su reducción a meras variables cuantificables. Con ello, se reconoció a la persona mayor como sujeto activo de su proceso de reeducación psicomotriz, lo cual se alinea con las recomendaciones actuales en investigación gerontológica, que priorizan la autonomía y dignidad de los participantes (OMS, 2015).

Participante

La persona seleccionada para este estudio, identificada con el seudónimo “Gala” para garantizar la confidencialidad de los datos y el respeto a los principios éticos de investigación con seres humanos, es una mujer de 68 años residente en un entorno urbano.

Su historial clínico y social evidencia múltiples factores de vulnerabilidad: un proceso de aislamiento social progresivo durante la última década, episodios depresivos recurrentes

caracterizados por apatía, llanto frecuente y sentimientos de inutilidad, además de una marcada inhibición psicomotriz, manifestada en rigidez corporal, movimientos reducidos y lentitud en la ejecución de tareas.

Asimismo, presenta resistencia a la interacción interpersonal, con desconfianza hacia figuras de autoridad y conflictos emocionales no elaborados en relación con la figura paterna. Su comunicación verbal y no verbal es limitada, con un tono de voz bajo, contacto visual escaso y pausas prolongadas en el discurso.

Estas características la ubican dentro del perfil de envejecimiento con alta vulnerabilidad psicosocial, descrito en la literatura como una condición en la que factores emocionales, biográficos y sociales se entrelazan, generando barreras significativas para la participación y la autonomía funcional (Fernández-Ballesteros, 2019).

La elección de este caso responde al interés por documentar la adaptación del modelo psicomotriz de Bernard Aucouturier en un escenario clínico complejo, donde las condiciones de fragilidad física, afectiva y social plantean retos adicionales para el diseño de una intervención geronto psicomotriz pertinente y respetuosa.

Instrumentos

Para la evaluación inicial, intermedia y final se emplearon diferentes herramientas de carácter cualitativo y cuantitativo:

Batería Psicomotora de Da Fonseca: utilizada para valorar las dimensiones de tonicidad, equilibrio, lateralidad, noción del cuerpo, praxias globales y finas, así como la estructuración espaciotemporal. Este instrumento ha mostrado validez en contextos clínicos y educativos, al proporcionar un perfil integral del funcionamiento psicomotor (Da Fonseca, 1998).

Observación clínica sistemática: implementada en todas las sesiones con el propósito de registrar de manera estructurada los patrones de movimiento, las manifestaciones emocionales y las dinámicas de interacción social, siguiendo protocolos de observación en psicomotricidad (Berruezo, 2000).

Registros narrativos: elaborados por la participante como parte de las tareas terapéuticas, constituyeron una fuente para explorar la expresión simbólica, los recuerdos autobiográficos y los modos de integrar la experiencia emocional a través de la escritura (Bruner, 2004).

Procedimiento

La intervención se llevó a cabo en un espacio psicomotriz adaptado, libre de barreras arquitectónicas y provisto de materiales versátiles (colchonetas, pelotas, cuerdas, aros) que facilitaron la exploración corporal segura. El **modelo de Bernard Aucouturier** se aplicó siguiendo tres momentos estructurados en cada sesión:

Rito de entrada: incluyó un saludo personalizado, la orientación temporal (día, hora, condiciones climáticas) y un breve diálogo inicial destinado a generar confianza y seguridad emocional.

Juego simbólico y libre movimiento: se brindó a la participante libertad para elegir ritmos, movimientos y secuencias, evitando la directividad excesiva. El uso de materiales lúdicos posibilitó la representación de escenas simbólicas vinculadas con recuerdos personales o situaciones imaginadas, estimulando así la memoria emocional y la creatividad.

Actividad de cierre: comprendió un espacio de diálogo reflexivo sobre la experiencia vivida en la sesión y la propuesta voluntaria de una tarea escrita relacionada con emociones o recuerdos emergentes.

Todas las actividades fueron cuidadosamente adaptadas a las capacidades físicas y emocionales de la participante, procurando evitar la sobrecarga física o psicológica. Aunque algunos elementos proceden de la práctica psicomotriz infantil, su aplicación se contextualizó a la biografía adulta, con el fin de prevenir la infantilización y favorecer la dignificación del proceso terapéutico, en línea con las recomendaciones de la geronto psicomotricidad (Borelli, 2014; Oca González, 2020).

Análisis de datos

El proceso de análisis se realizó a partir de la estrategia de análisis temático, siguiendo el modelo propuesto por Braun y Clarke (2006), ampliamente reconocido por su flexibilidad y aplicabilidad

en investigaciones cualitativas. Este enfoque permitió organizar, codificar y agrupar la información en categorías conceptuales, posibilitando la identificación de patrones recurrentes y la generación de interpretaciones coherentes con los objetivos del estudio. El análisis se aplicó sobre dos fuentes primarias de información:

Registros observacionales: notas de campo elaboradas sistemáticamente por el terapeuta al término de cada sesión, en las cuales se consignaron conductas motoras, expresiones emocionales, interacciones verbales y no verbales, así como el nivel de implicación en las actividades. Estos registros facilitaron la detección de micro cambios en postura, coordinación, contacto visual y disposición al contacto interpersonal.

Narrativas escritas: textos producidos por la participante como parte de las tareas terapéuticas, orientadas a evocar recuerdos autobiográficos y resignificar experiencias vitales. El análisis de estas narrativas permitió identificar temas centrales vinculados con la percepción de sí misma, la relación con figuras significativas y la elaboración simbólica de su historia personal.

El proceso analítico siguió seis fases: a) Familiarización con los datos a través de lecturas repetidas. b) Generación de códigos iniciales representando unidades mínimas de significado. c) Agrupación de códigos en temas. d) Revisión de los temas para comprobar coherencia interna y diferenciación conceptual; e) Definición y denominación de categorías; y f) Elaboración del informe, integrando citas textuales de la participante y notas clínicas del terapeuta (Nowell et al., 2017).

Anotaciones de campo del terapeuta

Las anotaciones de campo, realizadas después de cada sesión, se constituyeron como un insumo metodológico esencial. Estos registros permitieron documentar no solo las conductas observables, sino también aspectos contextuales y emocionales que frecuentemente escapan a los instrumentos formales de evaluación. La observación clínica sistemática, utilizada como técnica de triangulación, posibilitó correlacionar micro cambios en las áreas motriz, cognitiva y socioafectiva con los objetivos terapéuticos planteados, aumentando la validez interpretativa del estudio (Anguera et al., 2018).

El análisis conjunto de los registros observacionales, las evaluaciones psicomotrices y las narrativas escritas enriqueció la comprensión del proceso de intervención, ofreciendo una visión

integral de la evolución de la participante y orientando la toma de decisiones clínicas durante el acompañamiento psicomotriz.

Implicaciones prácticas y recomendaciones clínicas

Los hallazgos obtenidos permiten derivar una serie de recomendaciones aplicables tanto en la práctica clínica como en el diseño de futuros programas de geronto psicomotricidad:

Adaptación del modelo Aucouturier al contexto geriátrico

Sustituir materiales con connotaciones infantiles por objetos vinculados a la historia de vida, experiencias laborales o tradiciones culturales del paciente, favoreciendo la conexión emocional.

Ajustar intensidad, duración y frecuencia de las actividades para prevenir fatiga física y mental, asegurando el control postural y cardiovascular.

Incorporar elementos familiares en el espacio terapéutico para reducir ansiedad y facilitar la exploración corporal.

Integración interdisciplinaria

Coordinar la intervención psicomotriz con terapia ocupacional, fisioterapia, musicoterapia y psicología.

Mantener comunicación constante con el equipo médico para ajustar las actividades según la evolución clínica y comorbilidades.

Fomento de la motivación intrínseca

Diseñar actividades que evoquen recuerdos positivos y experiencias significativas.

Involucrar al paciente en la planificación y elección de actividades, promoviendo su rol activo.

Trabajo sostenido en el tiempo

Implementar programas prolongados (mínimo seis meses) para consolidar aprendizajes motores y emocionales.

Realizar evaluaciones periódicas con instrumentos estandarizados para monitorear avances y ajustar objetivos.

Formación especializada del psicomotricista

Promover capacitación continua en geronto psicomotricidad, psicología del envejecimiento y atención centrada en la persona.

Desarrollar competencias para manejar reacciones emocionales intensas y trabajar con pacientes con antecedentes de trauma o aislamiento social.

Conclusiones

La aplicación del modelo psicomotriz de Bernard Aucouturier, adaptado a un contexto gerontológico, evidenció ser una estrategia terapéutica pertinente y eficaz para atender las necesidades de una mujer adulta mayor con antecedentes de aislamiento social, bloqueo emocional e inhibición psicomotriz. Los resultados sugieren que un enfoque originalmente concebido para la infancia puede, con las adaptaciones adecuadas, favorecer en la vejez la reconexión corporal, la activación de la memoria y el fortalecimiento de la autonomía funcional, aspectos fundamentales para contrarrestar la vulnerabilidad asociada al envejecimiento.

En el ámbito socioafectivo, si bien los avances se manifestaron de manera más gradual, fue posible observar una mejora sostenida en la disposición al contacto interpersonal, la tolerancia a la proximidad física y la expresión emocional durante las actividades simbólicas y de libre movimiento. Dichos hallazgos, aunque incipientes, indican que la geronto psicomotricidad puede actuar como un catalizador de la apertura emocional y de la construcción de vínculos significativos en adultos mayores con antecedentes de retramiento social, contribuyendo a contrarrestar los efectos del aislamiento.

La relevancia de este tipo de intervenciones se acentúa en el contexto mexicano actual, donde el 14.7 % de la población corresponde a personas de 60 años y más, es decir, cerca de 18 millones de habitantes (INEGI, 2022; Milenio, 2024). Además, se proyecta que para el año 2050 los adultos

mayores representarán más del 20 % de la población nacional, superando en número a la población infantil (INAPAM, 2025). Estos datos reflejan el carácter urgente de diseñar programas innovadores que integren la dimensión corporal, emocional y social en el acompañamiento al envejecimiento.

El presente estudio de caso aporta evidencia exploratoria sobre la viabilidad de transferir modelos psicomotrices no convencionales al trabajo clínico con personas mayores, siempre que se adapten a la historia de vida, a las capacidades funcionales y se evite la infantilización de las dinámicas. Asimismo, resalta la necesidad de integrar la intervención psicomotriz dentro de marcos interdisciplinarios, en coordinación con fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, musicoterapeutas y profesionales de la salud mental, para potenciar los beneficios en múltiples dimensiones del bienestar.

Hay que considerar que, dadas las limitaciones propias de un diseño cualitativo con un único caso, se recomienda que futuras investigaciones amplíen la muestra de participantes y evalúen comparativamente el impacto de la psicomotricidad combinada con otros enfoques terapéuticos. Cabe mencionar que resulta igualmente relevante explorar los mecanismos neuropsicológicos que median las mejoras observadas, a fin de profundizar en la comprensión de cómo la experiencia corporal puede favorecer procesos de plasticidad cerebral y resiliencia emocional en la vejez (Fernández-Ballesteros, 2019).

Finalmente, este trabajo demuestra que el cuerpo, en su dimensión simbólica y expresiva, sigue siendo en la vejez un vehículo privilegiado para la comunicación, el aprendizaje y la reconstrucción de la identidad. La psicomotricidad, aplicada con sensibilidad, respeto y rigor metodológico, puede consolidarse como una herramienta fundamental para promover un envejecimiento activo, participativo y emocionalmente pleno en el México contemporáneo.

Referencias

- Anguera, M. T., Blanco-Villaseñor, Á., Losada, J. L., Sánchez-Algarra, P., & Onwuegbuzie, A. J. (2018). Revisiting the difference between mixed methods and multimethods: Is it all in the name? *Quality & Quantity*, 52(6), 2757–2770. <https://doi.org/10.1007/s11135-018-0700-2>
- Aucouturier, B., & Lapierre, A. (2017). *La simbología del movimiento*. Editorial Graó.

- Berruezo, M. T. (2000). *Psicomotricidad: teoría y práctica*. Editorial Graó.
- Borelli, L. (2014). Psicomotricidad y envejecimiento activo: experiencias de intervención. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 10(37), 45–58.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77–101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Bruner, J. (2004). *Realidad mental y mundos posibles*. Gedisa.
- Da Fonseca, V. (1998). *Manual de observación psicomotriz: la batería psicomotora*. Editorial Paidós.
- ENADID. (2023). *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2023*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/programas/enadid/2023/>
- Fernández-Ballesteros, R. (2019). *Gerontología social y psicológica*. Síntesis.
- Fernández-Ballesteros, R. (2019). *Gerontología social y psicológica*. Síntesis.
- Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6th ed.). SAGE Publications.
- González, J., & Marchetti, P. (2014). Impacto de un programa psicomotriz en la calidad de vida de adultos mayores con deterioro cognitivo leve y moderado. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría*, 52(2), 110–118. <https://doi.org/10.4067/S0717-92272014000200004>
- INAPAM. (2025). *Panorama del envejecimiento en México: proyecciones y desafíos para 2030*. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. <https://www.gob.mx/inapam>
- INEGI. (2022). *Estadísticas a propósito del Día Internacional de las Personas de Edad (1 de octubre)*. Instituto Nacional de Estadística y Geografía. <https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2022/edad2022.pdf>
- Milenio. (2024, 17 de junio). En México, 14.7% de la población son adultos mayores: INEGI. *Milenio Noticias*. <https://www.milenio.com/politica/comunidad/mexico-14-7-poblacion-son-adultos-mayores-inegi>

Nowell, L. S., Norris, J. M., White, D. E., & Moules, N. J. (2017). Thematic analysis: Striving to meet the trustworthiness criteria. *International Journal of Qualitative Methods*, 16(1), 1–13.
<https://doi.org/10.1177/1609406917733847>

Oca González, M. (2020). Psicomotricidad y envejecimiento activo: aportes para la gerontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(4), 212–219.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.02.002>

Oca González, M. (2020). Psicomotricidad y envejecimiento activo: aportes para la gerontología. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 55(4), 212–219.
<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.02.002>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/186466>

Pozo-Cevallos, M., & Fonseca-Bautista, L. (2021). Efectos de un programa psicomotriz en adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Revista Cubana de Salud Pública*, 47(2), e2687.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662021000200007

Simons, H. (2009). *Case study research in practice*. SAGE Publications.

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6th ed.). SAGE Publications.

Envío a dictamen:	02 de noviembre de 2025
Aprobación:	16 de diciembre de 2025

NIVEL DE ANSIEDAD QUE PRESENTAN ESTUDIANTES ANTE UN EXAMEN DE ADMISIÓN DE NIVEL MEDIO Y SUPERIOR

LEVEL OF ANXIETY THAT STUDENTS PRESENT BEFORE A MIDDLE AND HIGHER
LEVEL ADMISSION EXAM

Beatriz Gómez Castillo⁷

Alma Aurora Quiroz De la Cruz⁸

Liliana Apolinar de la Cruz⁹

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

La ansiedad se define como un estado emocional de preocupación ante un evento futuro acompañado de síntomas físicos que, cuando su manifestación se excede, suele ser desadaptativa. En el ámbito académico, los niveles de ansiedad suelen aumentar cuando los estudiantes enfrentan un examen, por ello, el objetivo de la investigación consistió en identificar el nivel de ansiedad-estado que presentan estudiantes de 15 a 18 años ante un examen de admisión a Nivel Medio y Superior. Para ello, se aplicó el Inventario de Ansiedad: Rasgo-Estado (IDARE) compuesto por 40 afirmaciones, el cual consta de dos escalas: Ansiedad Estado y Ansiedad Rasgo. Los resultados obtenidos determinaron que el 52.6% de los estudiantes presentó un nivel de ansiedad moderado, mientras que el 94.7% presentó ansiedad como rasgo, concluyendo que los niveles de ansiedad moderados ante un examen de admisión como circunstancia provocan un aumento de ansiedad como estado emocional transitorio.

33

Palabras clave: Ansiedad, Estudiantes, Examen de admisión

⁷ Dra. en Investigación Psicoanalítica por la Sociedad Psicoanalítica Mexicana. Mtra. En Psicología Clínica por la UAEMex Profesora de tiempo completo en la Facultad de Ciencias de la Conducta. Psicoterapeuta en el CESPI en atención a niños, adolescentes y adultos. Ha realizado investigación clínica para diversas revistas científicas y la UAEMex.

Correspondencia: btychik65@hotmail.com

⁸ Pasante de la Licenciatura en Psicología en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Correspondencia: quirozd@gmail.com

⁹ Estudiante de la Licenciatura en Psicología en la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Correspondencia: lilianaapolinar7@gmail.com

Abstract

Anxiety is defined as an emotional state of worry about a future event, accompanied by physical symptoms which, when excessive, can become maladaptive. In an academic context, anxiety levels tend to rise when students face an exam. Therefore, the goal of this research was to identify the level of state anxiety experienced by students aged 15 to 18ⁱ before a high school and university entrance examination.

To achieve this, the State-Trait Anxiety Inventory (IDARE), which consists of 40 statements across two scales (State Anxiety and Trait Anxiety), was administered. The results showed that 52.6% of the students had a moderate level of state anxiety, while 94.7% showed anxiety as a trait. The study concluded that the moderate anxiety levels triggered by the entrance exam as a circumstance caused a temporary increase in anxiety as a transient emotional state.

Key words: Students, anxiety, admission exam

Introducción

Con frecuencia, las personas tienden a estar expuestas ante situaciones que les provocan diversos síntomas físicos que se originan principalmente por la tensión, estrés y ansiedad. Aunque estos últimos dos términos tienden a usarse indistintamente, la diferencia radica en que el estrés es descrito como una respuesta psicológica (cognitiva-conductual-emocional) y fisiológica que tiene un individuo para hacer frente a demandas externas o internas con el fin de adaptarse (Estrada et al., 2021), mientras que la ansiedad se refiere a la preocupación por eventos futuros que desencadenan una serie de manifestaciones a nivel cognitivo, fisiológico y emocional; como menciona la Subsecretaría de Prevención y Promoción de la Salud (2024) la ansiedad es una respuesta común del organismo ante situaciones de preocupación, miedo o presión.

Desarrollo

Entre los trastornos emocionales que más afectan a la población, y mayormente a las mujeres, se encuentra la ansiedad. A través de un análisis estadístico en México, donde se estudiaron las principales condiciones de salud atendidas en el Sistema de Salud de enero a septiembre de 2024, se reveló que hubo mayor presencia de casos del sexo femenino con un 73.4%, perjudicando así su salud física y mental (Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones, 2024). Por su parte, la prevalencia en México, de acuerdo con datos del Instituto Nacional de Estadística y Geografía

[INEGI], (2021), se reporta que la ENBIARE en 2021 captó que 19.3% de la población adulta presenta síntomas de ansiedad severa, mientras que el 31.3% revela síntomas de ansiedad mínima o en algún grado.

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2021) menciona que los trastornos de ansiedad son frecuentes entre los adolescentes y es más común en aquellos de 15 a 19 años, ya que se calcula que el 4.6% padece un Trastorno de ansiedad, mientras que la prevalencia en adolescentes más jóvenes (de 10 a 14 años) es de un 3.6%.

No obstante, es importante señalar que la ansiedad no siempre es sinónimo de un trastorno, pues cumple con una función importante que ayuda a poder reaccionar y que moviliza para poder actuar en momentos que se perciben como peligrosos o de preocupación y que, a diferencia del miedo que es más una respuesta emocional básica, la ansiedad se complejiza al anticiparse ante lo desconocido, ya sea una causa clara e identificable o un peligro que no es real. De esta manera, Carrillo et al. (2020) reconoce que la ansiedad puede presentarse en tres formas: normal, patológica y generalizada; es decir, cuando la ansiedad supera ciertos límites ocasiona consecuencias desadaptativas que impactan en diversos ámbitos como la salud física, sexual, emocional, en lo académico y laboral.

Spielberger et al. (como se citó en Ramírez et al., 2022) identifica dos tipos de ansiedad: estado y rasgo. Por un lado, la Ansiedad-Estado es la sensación transitoria del organismo humano que se caracteriza por sentimientos de tensión y de aprensión subjetivos conscientemente percibidos y por un aumento de actividad en el sistema nervioso autónomo. En tanto que, la Ansiedad como rasgo, se define como la propensión a la ansiedad y a las tendencias de las personas a responder a situaciones percibidas como amenazantes (Spielberger et al., como se citó en Ramírez et al., 2022); es decir, es una característica de la personalidad que predispone a la persona a percibir situaciones amenazantes con mayor frecuencia e intensidad.

A partir de lo anterior, y de acuerdo con Sánchez (2023) algunos síntomas para detectar la ansiedad son: preocupación excesiva, pensamiento constante y abrumador, falta de concentración, problemas para conciliar el sueño, mala calidad del sueño, inquietud, tensión corporal, dolor en el pecho, sudoración excesiva y problemas gastrointestinales, entre otros. Además, la dermatitis, caída del cabello, adelgazamiento de las uñas también pueden ser un signo de ansiedad. Ahora

bien, en la ansiedad como estado se manifiestan síntomas físicos como tensión corporal, sudoración excesiva, taquicardia, respiración intensa entre otros.

En general, una persona ansiosa puede verse tensa, incluso, sus movimientos se ven restringidos y sus expresiones faciales son limitadas; por ello, cuando la ansiedad continúa manifestándose ante cualquier situación que no represente un peligro o amenaza real, entonces se podría catalogar como patológica ya que impide que el individuo pueda ser completamente funcional en el desempeño de diversas actividades cotidianas, tal como anteriormente se mencionó.

Una de las principales áreas que se ve afectada es la académica, puesto que la escuela, además de ser un sitio que influye en la formación integral de los alumnos y en la que desarrollan diversas habilidades tanto sociales como cognitivas, también es el lugar que exige cierta capacidad de adaptación al estar expuesto ante una serie de situaciones diversas, por ejemplo, las evaluaciones, las cuales provocan altos niveles de ansiedad; al respecto, Birenbaum y Pinku (1997; citado por Cecílio et al. 2014) describen que los estudiantes pueden sentir ansiedad incluso antes de una evaluación y posterior a ella, lo que provoca en ellos miedo o rechazo.

Por ello, Armas et al. (2023) refiere que desde la infancia pueden existir miedos asociados con el contexto escolar por exigencias en el rendimiento académico o por relaciones interpersonales presentes en la escuela. Aunado a lo anterior, es importante resaltar que los hábitos de estudio juegan un papel importante, pues al no desarrollarlos adecuadamente se reflejará en un bajo rendimiento escolar presentando como consecuencia falta de concentración, limitación en el aprendizaje, aumento de estrés, entre otros.

Los exámenes suelen estar asociados desde el ámbito educativo con una calificación, la palabra evaluación es un término presente en la vida diaria de las personas en diversos contextos además del educativo, el diccionario de la Real Academia Española (s.f) define el concepto de evaluación como la “acción y efecto de evaluar” es decir “señalar el valor de algo”. Sin duda, la acción de evaluar trae consigo como consecuencia una decisión para aquel o aquello que es evaluado. La ansiedad que presentan los estudiantes cuando tienen que presentar un examen es una situación que suelen experimentarla acompañada de síntomas como los antes mencionados, además de sudoración excesiva en las manos, taquicardia, preocupación, inquietud y miedo, ya que si algo caracteriza a la ansiedad es el cambio fisiológico que trae consigo.

Rodríguez et al. (2019) menciona que la ansiedad ante los exámenes se puede definir como la tendencia personal relativamente estable a percibir las situaciones de evaluación como amenazantes y constituye una experiencia emocional para la persona. Asimismo, Anachury y Manrique (como se citó en Escobar & Lomelí, 2023) señalan que puede ser considerada como una alteración en el ámbito psicológico ya que el individuo asume posturas que afectan su desempeño en áreas como la evaluación académica universitaria. Sin embargo, la tensión al presentar un examen dependerá de distintas variables, mismas que Salgado (2008) destaca:

- a) El rasgo de ansiedad del sujeto
- b) La importancia de la prueba
- c) Factores relacionados con el medio ambiente
- d) Sentimiento de seguridad
- e) Experiencias previas
- f) Miedo al fracaso
- g) Prestigio de la persona
- h) Constelación de las deficiencias propias ante el examen
- i) Cubrir expectativas (ya sean propias, de la familia, pareja y/o amigos)

De esta manera, se puede afirmar que la preocupación y el miedo a no aprobar un examen de alguna asignatura no es igual que enfrentar un examen de admisión, ya sea a nivel medio superior o al nivel superior, y aún más relevante es este último para muchos alumnos puesto que una de las decisiones más importantes y complicadas de su vida puede ser elegir una carrera que determine gran parte de su futuro; en consecuencia, entre los miedos más grandes se encuentra fracasar en un examen.

Estudiar antes de presentar un examen de admisión es una conducta producto de esa preocupación anticipatoria que genera la ansiedad sin embargo cuando se vuelve no solo intensa sino excesiva, como menciona Virgen et al. (2005) los procesos de pensamiento y aprendizaje se verán implicados en el desempeño del alumno durante su prueba. De la misma manera, Ávila et al. (2021) menciona que la ansiedad ante los exámenes implica manifestaciones cognitivas, motoras y fisiológicas de tensión y preocupación permanente ante la evaluación que puede afectar el desempeño académico.

Por lo anterior, participar en una Convocatoria de ingreso a nivel educativo Medio Superior y Superior es evento trascendental en la vida académica de las personas y una experiencia de intensa preocupación por ser o no un aspirante seleccionado por lo que identificar si el nivel de ansiedad estado que presentan los estudiantes ante el examen de admisión es baja, moderada o alta además de una comparación entre ansiedad- estado con el nivel de ansiedad- rasgo.

Método

El estudio se desarrolló bajo un enfoque cuantitativo, con un diseño no experimental, de tipo transversal y alcance descriptivo, ya que se buscó identificar el nivel de ansiedad estado y rasgo que presentan los estudiantes ante un examen de admisión, sin manipular variables y en un solo momento temporal.

Participantes

El estudio se realizó con una muestra probabilística aleatoria simple conformada por 19 estudiantes (7 hombres y 12 mujeres) de 15 a 18 años, como criterio primordial de inclusión fue que estuvieran próximos a presentar su examen de ingreso al Nivel medio y al nivel Superior. Los participantes eran estudiantes de una escuela particular encargada de brindar cursos para exámenes de admisión.

Instrumento

Para esta investigación se utilizó el instrumento IDARE (Inventario de Ansiedad: Rasgo- Estado) de Spielberger y Díaz- Guerrero, el cual está constituido por dos escalas de autoevaluación que mide dos dimensiones de la ansiedad: la escala Ansiedad – Estado (A- Estado) y Ansiedad- Rasgo (A- Rasgo), cada una consta de veinte afirmaciones siendo en total 40. Mientras que en la escala Ansiedad- Estado se pide contestar “cómo se siente *ahora mismo*”, en la escala Ansiedad- Rasgo se cuestiona “cómo se siente *generalmente*”.

La escala A- Estado cuenta con cuatro categorías: 1. No en absoluto, 2. Un poco, 3. Bastante y 4. Mucho, mientras que las categorías para la escala A- Rasgo son: 1. Casi nunca, 2. Algunas veces, 3. Frecuentemente y 4. Casi siempre.

Procedimiento

Los participantes fueron alumnos en preparación para un examen de admisión. En un primer momento se les informó el objetivo del inventario, las recomendaciones de cómo responder a las afirmaciones, garantizando finalmente la confidencialidad de la información. La administración del instrumento fue de manera presencial y se realizó en una sola sesión de manera colectiva en abril de 2024, para ello se contaron con 15 a 25 minutos.

Análisis estadístico

Se utilizó el programa estadístico SPSS. La información es presentada a continuación en forma de texto, tablas y gráficos.

Resultados

A continuación, se presentan los resultados obtenidos a partir del análisis de datos arrojados por el inventario de Ansiedad: rasgo- estado de Spielberger y Díaz- Guerrero el cual evaluó el nivel de ansiedad estado y rasgo de los estudiantes próximos a presentar un examen de admisión a Nivel Medio o superior según el caso, haciendo uso de gráficos y tablas:

Tabla 1.

Modalidad de Examen de admisión

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
			válido	acumulado	
Válidos	Nivel Medio	8	42.1	42.1	42.1
	Nivel superior	11	57.9	57.9	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En la tabla 1 se observa que el 57.9 % de los estudiantes a los que se le aplicó el instrumento se preparaba para presentar un examen de admisión al Nivel superior, mayor al número de estudiantes que se preparaban para ingresar a nivel bachillerato.

Tabla 2.

Nivel de Ansiedad-Estado

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje	Porcentaje
		válido	acumulado	

	Moderado	10	52.6	52.6	52.6
Válidos	Alto	9	47.4	47.4	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

La tabla 2 indica que el nivel de Ansiedad Estado que se detectó con mayor frecuencia entre los participantes fue el Nivel Moderado con un 52. 6%; no obstante, el resto de los participantes presentaba un porcentaje alto (47.4%), demostrando así que poco menos de la mitad de los aspirantes a nuevo ingreso presentaban niveles significativos de ansiedad transitoria al momento de contestar la prueba.

Tabla 3.

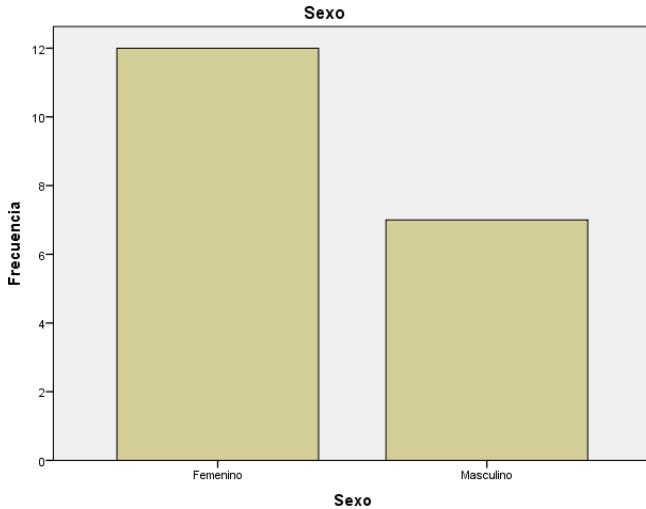
Nivel de Ansiedad Rasgo

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Moderado	1	5.3	5.3	5.3
	Alto	18	94. 7	94.7	100.0
	Total	19	100.0	100.0	

En la tabla 3 se puede observar que el nivel de ansiedad como rasgo está presente con mayor frecuencia y tiende a ser alto con un porcentaje de 94. 7%, por lo que es muy probable que exista mayor tendencia de los estudiantes a reaccionar de forma ansiosa ante situaciones percibidas como amenazantes. De esta manera, los niveles altos de A-Rasgo pueden influir directamente en la A-Estado provocando un incremento en la intensidad, como se mostró en la tabla anterior (tabla 2).

Gráfica 1.

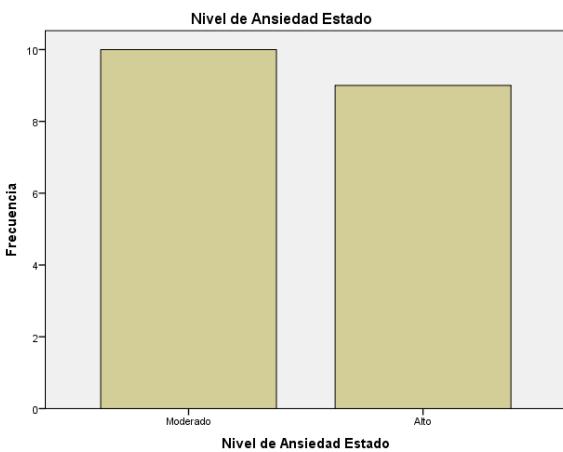
Análisis por sexo



En la gráfica 1, se observa que en la muestra hubo una participación mayor de personas de sexo femenino para presentar un examen de admisión a nivel medio y superior en comparación al número de participantes de sexo masculino.

Gráfico 2.

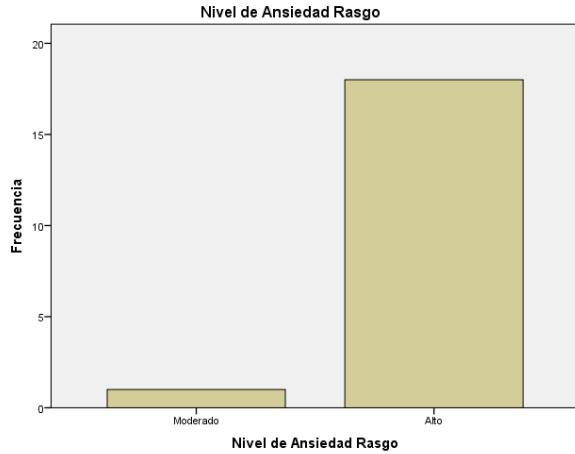
Nivel de Ansiedad-Estado



El gráfico 2 apunta a una mayor frecuencia de nivel moderado de Ansiedad-Estado entre los estudiantes, es decir, presentan un estado emocional transitorio caracterizado por sentimientos de tensión y aumento de actividad del sistema nervioso autónomo en un nivel moderado.

Gráfica 3.

Nivel de Ansiedad Rasgo



En la gráfica 3 indica que entre los estudiantes el Nivel de Ansiedad-Rasgo es alto, lo que indica que existe una mayor propensión a la ansiedad como una tendencia a responder situaciones percibidas como amenazante, es decir, la ansiedad entendida como un rasgo de personalidad en los participantes.

Conclusiones

Los estados de ansiedad pueden variar en intensidad y tienden a cambiar a lo largo del tiempo, uno de los momentos de la vida académica en que los niveles de ansiedad pueden aumentar es ante los exámenes, en tanto que la tensión, preocupación, estrés, pensamientos rumiantes, además de los síntomas físicos que estos desencadenan (falta de concentración, problemas del sueño, dolor en el pecho, sudoración excesiva y problemas gastrointestinales) tienden a activarse provocando un desequilibrio en otras áreas.

La preocupación ante las evaluaciones está encaminada hacia el miedo al fracaso y al no cubrir las expectativas sociales, por lo que aumenta aún más ante un examen de admisión, puesto que tiene un impacto en la futura vida académica y profesional, en el caso del nivel superior.

Además, el miedo a no ser un aspirante seleccionado impacta en la autoestima de los estudiantes, pues como menciona Navarro (2003, citado por Romo, 2015) el esfuerzo no garantiza el éxito necesariamente, ya que es la autopercepción, es decir, sentirse hábil para la ejecución, donde se reflejará el esfuerzo y capacidad.

A partir de la aplicación del Inventory de Ansiedad, se evidencia que los reactivos: “Me siento seguro” “Me siento «a punto de explotar»” “Quisiera ser tan feliz como otros parecen serlo”

“Me falta confianza en mí mismo” “Procuro evitar enfrentarme a las crisis y dificultades”, entre otros, revelan la manera en cómo se perciben los estudiantes. Al respecto, Millán et al. (2024) destaca en una de sus investigaciones que, a medida que la autoestima de los estudiantes disminuye, la Ansiedad-Estado tiende a elevarse.

De los resultados, se puede enfatizar que los niveles de Ansiedad-Estado que presentan los estudiantes ante un examen de admisión a Nivel Medio y Superior corresponden a niveles moderados en un 52.6% mientras que el 47.4% presenta un nivel alto. Asimismo, se encontró que la ansiedad como rasgo tuvo un mayor porcentaje de niveles altos con un 94.7%, lo cual resulta interesante, ya que la propensión a la ansiedad como diferencia personal ante la tendencia a responder a situaciones como amenazantes es mayor que la ansiedad como estado emocional transitorio del organismo. Ante esto, Millán et al. (2024) menciona que la Ansiedad-Rasgo tiende a disminuir a medida que la autoestima aumenta. De este modo, el 63% de la muestra conformada por mujeres, y a partir de resultados descritos, se muestra una mayor tendencia a experimentar ansiedad.

En resumen, la evaluación es una herramienta que permite a las personas en general identificar sus fortalezas y áreas de mejora; sin embargo, también determina una forma de medición hacia el desempeño, por lo que puede vivirse de una manera angustiosa en donde los pensamientos de preocupación encaminados al miedo al fracaso tienen lugar.

Una de las formas de evaluación más comunes son los exámenes, mismos que adquieren mayor relevancia cuando determinarán el inicio de una nueva etapa ya sea hacia el nivel medio superior o el ingreso a alguna universidad, por lo que el temor a no tener un lugar, no debe reducirse a una falta de conocimientos o de esfuerzo, sino que también debe vincularse estrechamente con la propia valoración que se tiene de sí mismo para confiar en las propias habilidades, pues la ansiedad estado en niveles moderados no resulta perjudicial para la salud, no obstante, cuando esta se vuelve parte de la personalidad y está presente aun cuando los eventos o situaciones no resultan amenazantes es importante examinar los factores que llevan a un estudiante a dudar de sus propias capacidades, pues una autopercepción positiva influye significativamente por lo que la ansiedad disminuye y con ello la tensión, miedo, preocupación y síntomas físicos.

Referencias

- Armas, R. A., García, H. D., Mendoza, J. C., & Cruz, L. E. (2023). Ansiedad ante exámenes, rasgos de personalidad, autoconcepto, asertividad y su relación con el rendimiento académico. *Horizontes. Revista De Investigación En Ciencias De La Educación*, 7(29), 1221–1234. <https://doi.org/10.33996/revistahorizontes.v7i29.586>
- Ávila, J. H., Vargas, L. J., Rambal, L., & Oquendo, K. (2021). Ansiedad ante exámenes en universitarios: papel de engagement, inteligencia emocional y factores asociados con pruebas académicas. *Psicogente*, 24(46), 82-105. <https://doi.org/10.17081/psico.24.46.4338>
- Carrillo, J., Mendiburu, C. E., López, A. C., & Moisés, J. F. (2020). Niveles de ansiedad y disfunción temporomandibular en médicos residentes del Hospital General Dr. Eduardo Liceaga, de México. *Correo Científico Médico*, 24(1), 53-72. <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/3341/1765>
- Cecílio, D., et al. (2014). ANSIEDAD Y DIFICULTADES ESCOLARES. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 5(1), 433-442. <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349851788049.pdf>
- Escobar, O., & Lomelí, D. (2023). La Ansiedad ante los Exámenes en Estudiantes Universitarios Colombianos Medida por el CAEX. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 69(3), 31-42. <https://doi.org/10.21865/RIDEP69.3.03>
- Estrada, E. G., Mamani, M., Gallegos, N. A. (2021). Estrés académico en estudiantes universitarios peruanos en tiempos de la pandemia del COVID-19. *AVFT–Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 40(1), 88-93. <http://doi.org/10.5281/zenodo.4675923>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (14 de diciembre de 2021). *Presenta INEGI resultados de la primera Encuesta Nacional de Bienestar Autorreportado (ENBIARE) 2021.* <https://www.inegi.org.mx/app/saladeprensa/noticia.html?id=7021#:~:text=La%20porci%C3%B3n%20de%20poblaci%C3%B3n%20con,m%C3%A9nima%20en%20alg%C3%A1n%20grado>
- Millán, J. D., et al. (2024). Autoestima y ansiedad en estudiantes pre, primera selección Cepre UNCP, Huancayo. *[Tesis de licenciatura, Universidad Continental]. Repositorio Institucional Continental.*

https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/16325/5/IV_FHU_501_TE_Millan_Navarro_Segura_2024.pdf

Observatorio Mexicano de Salud Mental y Adicciones. (2024). Una mirada a la atención en salud mental en México: principales condiciones atendidas en el Sistema de Salud. Gobierno de México.

https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/949747/04_DATOS_SM_2024.pdf

Organización Mundial de la Salud (17 de noviembre de 2021). *Salud Mental del adolescente*.

<https://www.who.int/es/newsroom/factsheets/detail/adolescentmentalhealth#:~:text=Se%20calcula%20que%20el%203,a%2019%20a%C3%B1os%20padecen%20depresi%C3%B3n>

Ramírez, D., Escobar, C., Ferrer, R., Caqueo, A., & Gallardo, L. (2022). Rasgo o Estado: Efectos de la Temporalidad de la Ansiedad sobre Medidas de Bienestar. *Psykhe (Santiago)*, 31(1), 1-8. <https://doi.org/10.7764/psykhe.2019.22203>

Real Academia Española, (s.f.). Ansiedad. En *Diccionario de la lengua española*. Recuperado en 28 de octubre 2024, de <https://dle.rae.es/ansiedad?m=form>

Romo, L. M. (2015). *Análisis, diseño e implementación de un sistema gestor de contenidos para cursos en línea en la DGSCA de la UNAM*. [Tesis de licenciatura, Universidad Nacional Autónoma de México]. Repositorio de Tesis de la DGSCA.

<https://tesiunamdocumentos.dgb.unam.mx/ptd2015/mayo/0729231/0729231.pdf>

Rodríguez, C. F., Canedo, M. D. M., Cerviño, S., & Enríquez, E. (2019). Ansiedad ante los exámenes en estudiantes de educación primaria: diferencias en función del curso y del género. *Publicaciones: Facultad de Educación y Humanidades del Campus de Melilla*, 49(2), 151-168. <http://doi.org/10.30827/publicaciones.v48i2.8331>

Salgado, A., Rosário, P., Núñez, J. C., González-Pineda, J. A., Valle, A., Joly, C., & Bernardo, A. (2008). Ansiedad ante los exámenes: relación con variables personales y familiares. *Psicothema*, 20(4), 563-570. <http://hdl.handle.net/20.500.11796/2697>

Sánchez, A. (2023). Claves de la UNAM para identificar y enfrentar a la ansiedad. *La Jornada Maya*. <https://www.lajornadamaya.mx/nacional/217774/claves-de-la-unam-para-identificar-y-enfrentar-a-la-ansiedad>

Secretaría de Salud (2024). *136. Ansiedad puede evolucionar y convertirse en trastorno de salud mental.* <https://www.gob.mx/salud/prensa/136-ansiedad-puede-evolucionar-y-convertirse-en-trastorno-de-salud-mental#:~:text=La%20ansiedad%20es%20una%20respuesta,Neurocirug%C3%A1da%20%E2%80%9CManuel%20Velasco%20Su%C3%A1rez%E2%80%9D%20>

Virgen, R., Lara, A.C., Morales, G. & Villaseñor, S, J (2005). Los trastornos de ansiedad. *Revista Universitaria*, 7 (21), 2-11.

https://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art109/nov_art109.pdf

Envío a dictamen:	15 de enero de 2025
Aprobación:	10 de julio de 2025

NARRATIVA DE UNA EXPERIENCIA FAMILIAR DURANTE LA PANDEMIA DE COVID-19

NARRATIVE OF A FAMILY EXPERIENCE DURING THE COVID-19 PANDEMIC

Fátima Nicole Jasso Albarrán¹⁰

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

El presente artículo expone una narrativa personal sobre la pandemia de COVID-19 en México, destacando sus efectos en la salud física, mental y social. Se describen las medidas preventivas, el confinamiento, las consecuencias económicas y psicológicas, así como el impacto del contagio y hospitalización del padre de la autora. La experiencia refleja el miedo, incertidumbre y la necesidad de resiliencia, pero también, evidencia la importancia de la unión familiar y del apoyo mutuo como recursos fundamentales para enfrentar la adversidad. El testimonio permite reflexionar sobre la transformación de los vínculos afectivos y el valor de la vida cotidiana.

Palabras clave: COVID-19, pandemia, salud mental, narrativa personal, familia.

Abstract

This article presents a personal narrative about the COVID-19 pandemic in Mexico, emphasizing its effects on physical, mental, and social health. It describes preventive measures, lockdown, economic and psychological consequences, as well as the impact of the author's father's infection and hospitalization. The experience reflects fear, uncertainty, and the need for resilience, while also highlighting the importance of family unity and mutual support as essential resources to face adversity. The testimony provides insights into the transformation of affective bonds and the appreciation of everyday life during a global health crisis.

Keywords: COVID-19, pandemic, mental health, personal narrative, family

¹⁰ Estudiante de Licenciatura en Psicología de la Universidad Autónoma del Estado de México.

Correspondencia: fjasso001@alumno.uaemex.mx

Introducción

1. Contexto general

Escuchar por medios de comunicación que una enfermedad estaba afectando a la salud de la población de China, específicamente en Wuhan. Parecía que esta afección estaba del otro lado del mundo, que no llegaría afectar hasta México, sin embargo, comenzaron a reportar que los casos de contagio se habían salido de las manos de los profesionales de salud, llegando el contagio en diferentes países, es entonces que para el 30 de enero del 2020 el Director de la Organización Mundial de la Salud [OMS], (2023), anunció que ahora ese rumor de enfermedad ahora conocido como COVID-19, se consideraría como emergencia de salud pública con una importancia mundial, los alcances llegaron a América Latina; una enfermedad que parecía lejana a nuestro medio, se había convertido en realidad, pues se reportó el primer caso en Latinoamérica el 26 de febrero del 2020 (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020). Desde entonces, los casos se vieron incrementados en diferentes regiones del mundo, convirtiéndose, oficialmente en pandemia.

Este virus era desconocido para todo aquello que haya escuchado, se haya contagiado e incluso para el personal de salud que le haya dado tratamiento pero para darle comienzo para su comprensión, se le comenzó nombrándole COVID – 19, enfermedad que es causada por el coronavirus, este deviene de una familia extensa de virus que pueden ocasionar enfermedades tanto en animales como en humanos, en este caso, en una persona puede propiciar resfriado, el síndrome respiratorio de Oriente Medio (MERS) y el síndrome respiratorio agudo severo (SRAS) y este nuevo contagio que se sumó a las consecuencias de contagio del coronavirus. (Organización de las Naciones Unidas [ONU], 2023).

Aunado a lo anterior, se notó un patrón en los síntomas de la gente que había sido afectada por este virus, y algunos de los más frecuentes son: la fiebre, escalofríos, dolor de garganta, pero también existen otros menos comunes como: dolor muscular, fatiga, mareo, dificultad respiratoria, hormigueo, entre otros más. Cabe recalcar que los malestares comienzan entre el quinto y sexto día después de la exposición al virus y dura de un día hasta quince días (OMS, 2023). Por lo anterior, se conoce que esta enfermedad se transmite por diferentes vías: mediante gotas y aerosoles de fluidos respiratorios, mediante el contacto de manos con personas que ya estén infectadas o superficies que contengan una carga viral (Ponce de León, 2021). Es así como, poco a

poco las autoridades, personal de salud, y ciudadanos en general iban conociendo este padecimiento que estaba ocasionando pánico no solo por su poco desconocimiento, sino también, por las implicaciones que se estaba teniendo en particular.

Tras cinco años después de la pandemia, se han visto secuelas; tan solo el primer año cuando llegó el virus a México en el 2020 se registraron más de cinco mil muertes, además se comenzaba a detectar que, en cada país por cuestión de diferencia genética, clima, entre otras más características, esta afectación podía mutar, tal fue el caso de dicho país aumentando un 20 por ciento en la tasa de mortalidad (Valencia et al., 2025). Además de las lamentables muertes que hubo, los grupos vulnerables les fue casi imposible subsistir sin salir a trabajar pues el gobierno no otorgó apoyo económico (Soto, 2024). Ante dichos problemas laborales, se reportó una pérdida de 12.5 millones de trabajos, quienes los más afectados fueron las personas con trabajos informales. (La Comisión Nacional del Sistema de Ahorro para el Retiro [CONSAR], 2021).

La pandemia trajo consigo consecuencias que indudablemente tuvieron efecto en la salud mental de la población mexicana, el confinamiento, la incertidumbre sobre la situación con el virus, las situaciones particulares de angustia sobre lo económico, lo laboral, escolar o el contagio ocasionó que se diera a conocer que 3 de cada 10 jóvenes se encontraban con un aparente regularidad de síntomas depresivos, los demás alcanzaron un nivel preocupante en su bienestar mental, apuntando las estadísticas a un aumento en mujeres en comparación con los hombres adolescentes jóvenes (Secretaría de Salud, 2021), ante esto, hubo un foco importante por parte de los psicólogos y profesionales de la salud ante dichas consecuencias tras el COVID – 19.

2. Enfoque salud mental.

Una persona requiere de socializar con otras con el objetivo de lograr una adaptabilidad de su entorno. Por ello, crear relaciones interpersonales es de suma importancia porque posibilita dar apertura a conocer diversos escenarios para su enriquecimiento personal, como el trabajo, escuela, lugares donde se conglomeran ciudadanos, entre otros lugares. (Mendoza, 2021). Ante esta importancia del ser humano se vio afectada en el confinamiento debido a la pandemia que se estaba viviendo, debido a que la manera en cómo nos relacionábamos cambio drásticamente, pues por causas mismas que se estaban presenciando existieron problemáticas en la salud mental, a manera de visualizar estas consecuencias, un estudio hecho por Balluerka et al (2020) llevó a cabo encuestas para indagar sobre las afectaciones psicológicas, y encontraron que caso un 48%

experimentó malestar psicológico, entre ellos experimentar incertidumbre, miedo a perder seres queridos tuvo un alcance casi del 85%. Otro estudio hecho por Caamal y Jiménez (2025) con el fin de conocer la calidad de vida después del COVID -19, encontraron que aquellas personas que se contagieron de este virus refirieron tener mayor estrés, así como tener un cambio en su vida personal pero también, se encontró que haber sufrido una pérdida de algún familiar afectó en su salud mental, su calidad de vida al igual que en su economía. Consecuentemente, Campodónico, N (2024) hizo una revisión sistemática sobre los efectos en la salud mental en la población mexicana y halló que el aislamiento que se vivió, los miedos y la incertidumbre se convirtió en problemas de sueño, problemas en su bienestar psicológico, lo cual llega a ser preocupante, pues podría resultar en suicidio. Así mismo, se visualiza que se elevó el consumo de sustancias nocivas, la violencia, estrés negativo, el miedo a la muerte, paranoia, frustración.

3. Importancia de las experiencias personales

Cada una de las personas que vivió la pandemia de COVID- 19, tiene su particular experiencia; algunos se tuvieron que enfrentar perdidas irreparables como la muerte de algún ser querido, pero también vivir duelos de cualquier tipo como: despido del trabajo, la ruptura de una relación amorosa, bienes materiales, la salud misma que hoy en día las personas que se contagieron intentan recuperarse, pero también de cuestiones emocionales. Esta reflexión busca rescatar una de las tantas experiencias que como sociedad vivimos ante la crisis que ocasionó este contagio masivo, así mismo, hablar de nuestra vivencia durante este suceso no solo tiene el fin de ser un acto de memoria, sino también, una forma de sanar y conectar colectivamente aquellas experiencias que al día de hoy, posiblemente nos hagan sentir nostalgia, tristeza, e incluso, agradecimiento porque en la actualidad se pudo superar aquellas adversidades que se presentaron en dicho momento.

Experiencia

Posicionando los últimos meses del año 2019 recuerdo que estaba terminando mi tercer semestre de preparatoria. Comentaba con mis amigas sobre si creíamos posible que llegué esa enfermedad que se escuchaba en las noticias internacionales afectando a China, lo cual considerábamos casi imposible que ese virus afectando el otro lado del mundo pudiera llegar hasta México y aun menos en Toluca. La misma falta de preocupación por parte de mi familia de que llegase a afectar a nuestra comunidad era casi nula. Pasaron aproximadamente casi tres meses; tiempo que fue

decisivo para algunos países para proteger el bienestar de sus ciudadanos pues las tasas de mortalidad cada día eran más preocupantes.

De manera particular, cada día mi duda sobre si podría llegar el virus a México parecía ser real pues me preocupaba que países tan subdesarrollados en tecnología y ciencia, se estuvieran desbordando por no poder comprender la situación y magnitud del sufrimiento de quienes lo padecían. Para este momento, en escuelas, organizaciones y la población mexicana en general, se comenzaba a dar indicaciones de prevención de salubridad, debido a que se reportó el primer caso COVID-19 en este país.

Derivado de lo anterior, en mis clases se notaba que había compañeros que ya llevaban cubrebocas todo el tiempo, mis amigas en particular que eran hijas de padres médicos, las observaba que constantemente se untaban gel antibacterial, me comentaban que en los hospitales donde trabajaban sus padres ya comenzaban a instruir en el tratamiento de los próximos casos que surjan debido al virus, preparándose para una posible pandemia. Por otro lado, en las pláticas de la cena con mi familia, comentábamos sobre las posiciones de salubridad en los trabajos de mis papás, también en medio de esas conversaciones existía un silencio acompañado de preocupación, pero no queríamos caer en paranoia o que el miedo nos invadiera.

Aún recuerdo que era un día antes de del día internacional del natalicio de Benito Juárez, fecha que estaba marcada en el calendario como feriado, dieron la indicación las autoridades de entrar en confinamiento por 15 días, mismos que ayudarían a disminuir el contagio, debido a que pasaba el tiempo y se reportaba el incremento de casos. Mi postura de la noticia que dieron los administrativos de mi escuela al aislamiento, fue tomarlo como vacaciones; me despedí de mis amigos, imaginando que en dos semanas regresaríamos a nuestras actividades cotidianas.

Para mi sorpresa, los comunicados oficiales de mi escuela y del gobierno, fue extender el confinamiento por dos semanas más, esto no paró ahí, pues los casos de contagio iban en aumento, pero, además, las muertes desgraciadamente estaban saliendo de las manos del personal médico, pues no sabían en realidad a que se estaban enfrentando. Para este momento, mi familia y yo seguíamos frecuentando a mi familia paterna cada viernes pues considerábamos lejanos aun los casos de COVID del lugar donde vivimos; Santiago Tlacotepec, una comunidad a 20 – 25 minutos de distancia del centro de Toluca.

A pesar de lo anterior, nos poníamos cubrebocas al salir, nos lavábamos las manos constantemente, el saludo de beso en la mejilla y abrazo con mi familia al visitarnos ya no existía, lo cual fue bastante extraño, pues yo percibía una incomodidad porque algunos empezábamos a acostumbrarnos a esta nueva dinámica, algunos de nosotros a pesar de que no seguíamos frecuentando, veía en sus ojos cierto temor de que no sabíamos quién o quiénes de la mesa se encontraba infectado.

Ante ello, parecía que estaba comenzando a vivir en aquellas películas donde se relata un virus, hay muchas muertes de por medio, pobreza y miedo invadiendo a la población. Hoy en día, pienso en que, si bien no fue algo tan extremista como llega a suceder en aquellas filmografías, pienso que, en esos momentos, ya existía una psicosis colectiva; recuerdo que vi Tik Toks sobre personas escandalizadas porque no había papel higiénico en los supermercados porque la gente corrió desesperadamente a comprar el máximo de cosas de limpieza e higiene.

Para este momento, ya era junio de 2020 y recuerdo ver videos en redes sociales de algunas mañaneras por el subsecretario de Salud: Hugo López-Gatell, y me sorprendió escuchar el desabasto de medicamentos, que ya no existiera espacio para atender en las camillas; inevitablemente se daba la alternativa de mandar a la gente enferma a sus casas con las recetas de la lista de medicamentos que ocupaban con su respectivo oxígeno.

No fue todo, también se difundía noticias sobre los desempleos que aumentaban, personas que se dedican al comercio y viven de ello, fue lamentable escuchar que no hallaban el recurso suficiente para subsistir para sí mismos y para la familia. Para todo esto, ya se había declarado a México en pandemia y en semáforo rojo. Al declararse esta noticia, mi papá recibe el mensaje por WhatsApp de que cuatro de nuestros familiares se habían contagiado de COVID-19, dos de ellos graves en el hospital. Ante dicho mensaje, mi familia decidió entrar en total confinamiento, aumento la preocupación de que los casos del virus estaban en nuestra proximidad, por ello, sentimos la necesidad de cuidarnos con todos los recursos posibles a nuestro alcance.

El temor de que alguno de nosotros llegáramos a enfermarnos con especial énfasis en mi papá, con justificación a las advertencias por parte de las autoridades que aquellas personas con diagnósticos de diabetes, sobrepeso entre otras enfermedades cardiovasculares, podrían tener un mayor riesgo de mortalidad. Mi papá ya tenía un diagnóstico de 7 años aproximadamente con diabetes tipo 2, así que mi mamá comenzó a tomar la iniciativa de cuidarnos entre todos, tomando

vitamina C, nuestra alimentación insistía en ser balanceada y variada. También, decidimos pedir nuestra despensa a domicilio, ya no había visitas ni nosotros visitábamos. Mientras había un encierro total en casa, se escuchaban en las televisiones y celulares las noticias de los reportes por contagios y ya no existía duda de que podría pasarnos a alguno de quienes habitaban esa casa.

Recuerdo que existía una desesperanza en mí, porque ya no solo eran 15 días de confinamiento, para ese recuento que hice ya estaba concluyendo mi quinto semestre de preparatoria. Sabía que tal vez, ya no volvería a convivir con mis amigos en un salón de clases, que esa despedida de “nos vemos el lunes”, tal vez no existiría más, tal vez sería el mirarnos en la calle y recordar con tal nostalgia de que alguna vez nos esperaríamos encontrar por aquellos pasillos. Me invadía la tristeza de que ya no frecuentaba a mis familiares, que algunos de ellos por desgracia habían sido contagiados, algunos otros habían sido afectados económicamente por los tratamientos que recibieron o bien, porque los despidieron de sus trabajos, otros simplemente la misma situación les ocasionó un desequilibrio psicológico.

Junto con mi familia, tratábamos de que coexistiera un ambiente de armonía, que no nos invadiera el miedo, que unos con otros nos cuidáramos, informarnos para no enfermarnos del terror que pudiera ocasionar las noticias de fuera o simplemente la desinformación que circulaba sobre aquellos que se hospitalizaban y, el descuido en general que había del personal médico; a groso modo, el amor y protección en la familia Jasso Albarrán nos mantenía con un consuelo de que eventualmente nos teníamos unos con otros y una luz de esperanza ante dicha problemática.

No fue hasta un 05 de enero de 2021 cuando noté que mi papá comenzó con molestias en las vías urinarias y acudió al médico; su diagnóstico del personal de salud fue una infección, por lo que, le recetaron medicamento, pero al pasar de los días, los síntomas empeoraban. La familia en general estaba preocupada por la salud de nuestro ser querido, en los pasillos se podía percibir un ambiente de incertidumbre y quejidos por el vómito y fiebre que experimentaba mi padre por las madrugadas a la vez que se mezcló mi sensación de impotencia por no saber cómo ayudar.

Fue hasta una semana después, cuando mi madre sospechó que eran síntomas de COVID y era necesario que le realizarán una prueba. Se contactó con la persona que podía hacer lo correspondiente, además de que viniera hasta nuestro hogar, porque en ese momento, mi papá seguía con fiebre y con algunos delirios que le imposibilitaban salir de la cama. En esos minutos, donde comprendí aquella expresión donde el tiempo es relativo, pues un corto tan solo 15 minutos,

se sintió toda una hora, donde mi madre, mis hermanas y yo, buscábamos que la persona encargada de realizar la prueba pudiera realizarla hasta la casa, después, nos diera la respuesta que necesitábamos escuchar y era que salió negativa y todo solo era una pesadilla, pero para nuestra sorpresa no fue así.

Al recibir los tan esperados resultados, se sintió un escenario donde todo transcurría en cámara lenta, donde existían cuestionamientos de toda la familia sobre ¿de qué manera pudimos contagiarnos?, ¿Quién nos contagió? ¿por qué nosotros teníamos que pasar por esa situación?, ¿fue confiable esa prueba que le aplicaron a mí papá? A la vez que pasaban todos esos cuestionamientos en mí, iba saliendo la doctora de la recamara de mis papás, sugiriendo que acudíramos con un médico que atienda el caso particular de nuestro familiar, pues era posible que, si lo dejáramos pasar, fuera aún más grave su situación vital.

Una vez escuchado lo anterior, mi madre inundada de pánico, con emociones desbordantes desde el miedo, tristeza, ansiedad, pero eso no la imposibilitó para poder tomar acciones. Se contactó rápidamente con una tía que su familia desgraciadamente se había contagiado, esto con razón de saber con qué especialista podíamos acudir y llevar rápidamente a mi padre. A la vez que sucedía el plan de acción, yo comencé con síntomas de dolor de cabeza y pecho, mis ojos estaban muy irritados; mi mamá de inmediato sospechó que posiblemente estaba contagiada.

Parecía que el caos no acababa, pues era una noticia que venía acompañada de otra, donde se acumulaba cada vez más la pesadez de un mal sabor que atravesaba la familia, pero siempre nuestra fortaleza y esperanza nos acompañaba.

Cada minuto que pasaba, sentía que mi papá empeoraba, vi en él, una vulnerabilidad que me provocaba una sensación de temor de perderlo sino se hacía algo de inmediato. Fue entonces que llegamos a la clínica donde atenderían su caso, al pisar el lugar, la sala de espera fue larga, estuvimos dos horas, donde mi papá caminaba a su ritmo y despacio por el pasillo, porque el dolor que experimentaba ya era insopportable.

Después de una larga y desesperante espera, logramos acceder al consultorio del médico, en esos instantes, pude notar la expresión de quien nos atendió, la cual fue preocupación al ver a mi padre en ese estado, no esperó más mi madre para contar lo que estaba sucediendo, el doctor nos hizo saber lo importante que era que internáramos a nuestro familiar que estaba gravemente

enfermo, y que, si dejábamos pasar más tiempo o si hacíamos caso omiso de su sugerencia, podría fallecer.

Recuerdo que todos los tecnicismos que a lo lejos escuchaba, la magnitud de la enfermedad que estaba experimentando mi padre, no importó, solo importó el hincapié de que, si no tomaba la decisión mi madre de internar a mi papá, podía ser fatal. Mi madre pidió alternativas sobre el tratamiento en casa, pues estaba asustada de escuchar casos que aumentaban el riesgo de mortalidad cuando alguien era internado en un hospital, pero el doctor se negó pues explicó que ya no estaba en sus manos, además de aumentar la gravedad del problema que estábamos atravesando, pues comentó que era probable que toda la familia ya estaba infectada y era necesario tomar medidas sanitarias.

Conforme nos explicaba los medicamentos que teníamos que tomar mi madre y yo, se añadía el pánico, de que probablemente nuestros síntomas iban a empeorar, que nos íbamos a sentir cada día peor, aún con tratamiento, además de que veía poca esperanza en la recuperación de mi padre.

Al salir del hospital y camino al estacionamiento, mi mamá con un nudo en la garganta cuestionó a mi papá sobre la decisión de si internarlo o no, a lo cual respondió que no existía otra alternativa y que lo llevara, pero ella se sentía desorientada e indecisa aún. No quedaba más que acudir a algunas sugerencias que la familia podía hacer. Ellos dieron palabras de fortaleza como también, firmeza y convicción al tomar la decisión de llevarlo al hospital a mi padre.

Una vez que mi papá pisó el hospital para comenzar su tratamiento y una esperanzadora recuperación, comenzó a la par un miedo de si volviera a casa, si regresáramos a estar todos juntos viendo películas un domingo por la tarde o en la cena debatiendo sobre temas de índole social o político. Pero también, el pilar de la casa que era mi madre a pesar de sus emociones que iban y venían, no se dejó caer, pues afortunadamente recibió apoyo de la familia, amigos y conocidos de trabajo.

Mientras tanto, yo me encontraba en confinamiento en mi recamará, escuchando como sonaba el teléfono de mi madre y con la preocupación de cuál iba a hacer la respuesta que recibiría de la condición que se encontraba mi papá; otras veces, eran los pasos en las escaleras que subía o bajaba con rapidez mi mamá apresurándose para llegar a los trámites burocráticos que ocupaba realizar para que todo estuviera en orden en la estancia de nuestro familiar en el hospital.

Era muy extraño para mi tener que adaptarme a las medidas sanitarias y de precaución que nos había sugerido el médico para poder tener una pronta recuperación, entre ellas era mantener la máxima distancia posible, por ello, mi madre me dejaba mis tres comidas al día afuera de mi puerta con cubiertos desechables, todo aquello que tocáramos, tantas veces lo hicéramos tenían que ser desinfectados pero para amenizar la distancia física que estábamos viviendo, hacíamos videollamada con mis hermanas, mamá y yo, porque a pesar de que estábamos en la misma casa, hacía falta de un abrazo, del calor de unos de los otros pero a pesar de que habían alternativas para interactuar juntas, siempre hubo esa falta de un integrante más de la familia, porque la ausencia de alguno de nosotros siempre es notoria.

La nostalgia invadía al recordar que no estaba en el hogar, al no escuchar su música a primera hora del día en las bocinas de la sala que retumbaban por todos lados. Recuerdo que era un poco más de medio día, cuando mi madre me mandó mensaje vía WhatsApp que me haría videollamada y era algo importante; yo aun con la preocupación que de no saber que esperar de la noticia que me tenía que dar, presioné el botón para llamar y escuchar que tenía por decir, a la brevedad, mi mamá no dio tantos rodeos para poder decírnos a mis hermanas y a mí, que nuestro papá estaba a punto de salir del hospital, él estaba mejor y que era viable que regresará en ese mismo fin de semana. Todas nos alegramos, además de experimentar el desvanecimiento de la pesadez que sentíamos por el temor y tristeza, nosotras solo estábamos ansiosas de volver a abrazarlo y que sigamos todos juntos.

Para ese momento, yo me sentía mucho mejor de salud, mis síntomas habían desaparecido casi por completo, pero solo me encontraba desesperada porque se cumplieran los quince días de confinamiento que me habían sugerido, pues quería salir y recibir a mi padre.

Llegó al fin, el día en que recibiríamos al integrante de la familia que nos hacía falta, lamentablemente no pude darle el abrazo que hubiese querido, pero mis palabras resonaron, aunque sea en la distancia en la que nos encontrábamos, donde manifesté mi alegría, la paz que sentía de ver que se encontraba mucho mejor de salud. Poder ver que nos encontrábamos juntos en familia y que solo fue un trago amargo.

Para puntualizar este episodio de mi vida, donde experimenté por primera vez un miedo inexplicable de perder a alguien que amo; mi padre, quien tiene un rol fundamental en mi vida y

con mi familia. Los días se sentían tan largos de no saber que pasaría de quien me preocupaba, si lo volvería a ver o que pasaría si ya no retornaría a casa, si ya no lo tendría cerca.

Conclusión

La pandemia marcó un antes y un después en mi vida personal y familiar. Pues se vivenció junto con mi familia emociones como el miedo principalmente por el contagio, después por perder a mi padre por estar enfermo, a su vez, se fusionaron emociones de incertidumbre por no saber cómo se revolvería la problemática de ese momento. Por otro lado, las relaciones interpersonales con la demás familia y amigos eran perpleja al no saber en qué momento volveríamos a recibirnos con un abrazo, sin que allá un terror por el contagio.

A pesar de la crisis que vivenciamos junto con mi familia, aprendimos a agradecer aún más los momentos juntos, a disfrutar de la compañía de cada uno, de cuidar aun más de nuestra salud, pero personalmente, aprendí a externar mi cariño todos los días a mi padre pues la relación con él era complicada, pero ambos soltamos las barreras que impedían que nuestra interacción fuese amena y hoy en día, cuidamos y agradecemos estar todos juntos.

Referencias

- Balluerka, L. N., Gómez, B. J., Hidalgo, M. D. M., Gorostiaga, M. A., Espada. S. P. J., Padilla. G. J. L., y Santed. G. M. A. (2020). Las consecuencias psicológicas de la COVID-19 y el confinamiento. *Euskal Herriko Unibertsitateko Argitalpen Zerbitzua*.
file:///C:/Users/DELL/Downloads/Consecuencias_psicologicas_COVID-19.pdf
- Caamal-Olvera, C. G y Jiménez, G. M. (2025). Calidad de vida después del COVID-19 en México. *Revista de economía regional y sectorial*. 17, 135 -166.
<https://doi.org/10.36677/paradigmaeconomico.v17i1.24106>
- Campodónico, N. (2024). Efectos en la salud mental en la población mexicana a partir de la pandemia por el COVID-19: en una revisión sistemática. *Veritas & Research*. 6.
https://www.researchgate.net/publication/378211057_Efectos_en_la_salud_mental_en_la_poblacion_mexicana_a_partir_de_la_pandemia_por_el_COVID-19_una_revision_sistematica

CONSAR. (2021). Impacto de la pandemia de COVID-19 en el mercado laboral mexicano y en el SAR. Gobierno de México. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/656430/AP-05-2021_Impacto_de_la_Pandemia_en_el_Mercado_Laboral_VFF.pdf

Mendoza-Medina, C. H. (2021). Las habilidades sociales, factor clave para una interacción efectiva. Polo del Conocimiento, 6, 3-16. <file:///C:/Users/DELL/Downloads/Dialnet-LasHabilidadesSocialesFactorClaveParaUnaInteraccio-9548828.pdf>

Organización de las Naciones Unidas. (2023). Acerca del virus.

<https://coronavirus.onu.org.mx/coronavirus/acerca-del-virus>

Organización Mundial de la Salud. (2023). Enfermedad por coronavirus (COVID -19).

[https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-\(covid-19\)](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/coronavirus-disease-(covid-19))

Organización Panamericana de la Salud. (2020). Respuesta de la OPS/OMS. 31 de marzo del 2020. Informe no. 1. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52404/COVID-19SitRep1_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Ponce de León, R. S. (2021). COVID-19: la gran pandemia de 2020. Universidad Nacional Autónoma de México, 2. <https://dsp.facmed.unam.mx/wp-content/uploads/2022/03/COVID-19-No.13-05-COVID-19-la-gran-pandemia-de-2020.pdf>

Secretaría de Salud. (2021). Pandemia impacta en distintos ámbitos a adolescentes y jóvenes: VoCes-19. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/salud/prensa/pandemia-impacta-en-distintos-ambitos-a-adolescentes-y-jovenes-voces-19?idiom=es>

Soto, D. (2024). Las consecuencias de la gestión de la pandemia de COVID en México en 20 datos. Expansión política. <https://politica.expansion.mx/mexico/2024/05/02/las-consecuencias-de-la-gestion-de-la-pandemia-de-covid-en-mexico-en-20-datos>

Valencia, I., Noxpanco, E., Herrera, N. (2025). COVID-19: La evolución del virus a cinco años. UNAM Global TV. https://unamglobal.unam.mx/global_tv/covid-19-la-evolucion-del-virus-a-cinco-anos/

Envío a dictamen:	23 de septiembre de 2025
Aprobación:	26 de octubre de 2025

COMPULSIÓN A LA REPETICIÓN (WIEDERHOLUNGSZWANG) EN UNA PACIENTE POLISOMATIZADORA.

REPETITION COMPULSION IN A POLYSOMATIZING PATIENT.

Alinka Granados Montiel¹¹

Martha Patricia Bonilla Muñoz*¹²

*Centro de Investigación y Estudios Superiores

Resumen

La polisomatización es una respuesta física que presentan algunos pacientes con Trastorno Psicosomático. Es un término acuñado por Joyce McDougall descrito a través de su trabajo clínico. Dicha autora afirma que sus pacientes somatizares no perciben sus emociones en situaciones angustiosas, las ideas asociadas a todo afecto conflictivo importante, no se reprimen como en la neurosis, sino que se borran inmediatamente del campo de conocimiento lo cual se vincula con el término propuesto por Freud, en los estados psicóticos.

59

El objetivo de éste artículo es presentar el acompañamiento terapéutico y recorrido psicoanalítico en una paciente femenina de 25 años con una aparente estructura neurótica, pero que al paso del tiempo, comienza a desarrollar una polisomatización entiendo ésta como una compleja sintomatología corporal que se mueve de órgano en órgano con el dolor que éste implica, con síntomas dinámicos relacionados a la erogenización pulsional y cómo se fue engarzando desde la compulsión a la repetición inconsciente puesta en acción e interpretada en un espacio analítico aplicando la propuesta metodológica de Joyce McDougall (1989). Los resultados muestran que la propuesta teórica posibilita el trabajo con pacientes polisomatizadores, para resolver a través del lenguaje sus conflictos físicos.

¹¹ Doctora en Investigación Psicoanalítica. Trabaja en la práctica privada.

Correspondencia:

alinkagranados@gmail.com.mx

¹² Doctora en Psicología social, docente e investigadora CIES.

Correspondencia: patriciabonillam@gmail.com

Palabras clave: Polisomatización, trastorno psicosomático, compulsión a la repetición.

Abstract

Polysomatization is a physical response presented by some patients with Psychosomatic Disorder. It is a term coined by Joyce McDougall and described through her clinical work. This author states that her somatizing patients do not perceive their emotions in distressing situations; the ideas associated with any significant conflictual affect are not repressed, as in neurosis, but are immediately erased from the field of consciousness, which is linked to the term proposed by Freud in psychotic states.

This article aims to present the therapeutic accompaniment and psychoanalytic process of a 25-year-old female patient with an apparent neurotic structure, who, over time, begins to develop polysomatization—understood here as a complex bodily symptomatology that shifts from one organ to another, with the pain this entails, with dynamic symptoms related to drive eroticization and how this became intertwined through the unconscious compulsion to repeat, enacted and interpreted within an analytic space using Joyce McDougall's method. The results show that the theoretical proposal makes it possible to work with polysomatizing patients to resolve their physical conflicts through language.

Keywords: Polysomatization, psychosomatic disorder, compulsion to repeat.

Introducción.

El inconsciente está relacionado con la repetición. El acto compulsivo será entonces a la repetición. Pero ¿de qué? De ciclos, de historias, de palabras, de síntomas. Freud lo sitúa, lo hace evidente y lo distingue al estar dirigido por una fuerza a la que llamó pulsión haciendo diferencia a la necesidad que se puede satisfacer y lo instintivo. Hay una relación causal entre lo traumático y lo repetitivo que parte de un deseo y va dirigido a un objeto que se sustituirá a lo largo del tiempo.

Retomando como antecedente de la compulsión a la repetición a 2 filósofos que sirvieron de inspiración y de material de reflexión para Freud: Arthur Schopenhauer y Friedrich Wilhelm Nietzsche. En el libro *El descubrimiento del Inconsciente* de Ellenberger, se revisan las aportaciones de ambos autores que utilizaría el padre del psicoanálisis en su obra, como el concepto de *sublimación*, *impulso* en sus distintas direcciones, y el término *inconsciente* de los

filósofos; ya decía Nietzsche, “un buen escritor no tiene sólo su propia mente, sino también la mente de sus amigos”.

Eran ellos que tendían a una filosofía desenmascarada ante la vida. Schopenhauer sostenía que éramos engañados por la voluntad y ésta voluntad dirige nuestros pensamientos y es el “antagonista secreto del intelecto” y aunque pudiera alejar lo desagradable para no irrumpir en dicho pensamiento, decía que no podemos percibir lo que es contrario a nuestro deseo y lo explica a través de la aparición de la represión entendida como “la oposición de la voluntad a que lo repelente entre en conocimiento del intelecto es el punto a través del cual la insania puede penetrar en el espíritu” [1]. Sabemos que una gran parte del material inconsciente pugnará por salir, y será a través de sueños, lapsus, pero también de ACTOS. De Nietzsche tomará la idea del “eterno retorno” que utilizará en Más allá del principio del placer de 1920 para situar la compulsión a la repetición y vincularla con la pulsión de muerte:

Aun bajo el imperio del principio de placer existen suficientes medios y vías para convertir en objeto de recuerdo y elaboración anímica lo que en sí mismo es displacentero. El paciente se ve forzado a repetir lo reprimido como vivencia presente en vez de recordarlo y tiene siempre por contenido un fragmento de la vida sexual infantil y por lo tanto del complejo de Edipo y sus ramificaciones y regularmente se juega (escenifica) en el terreno de la transferencia, esto es, de la relación con el médico.

Laplanche y Pontalis (1971) la definen desde la psicopatología, como un proceso incoercible y de origen inconsciente, en virtud del cual el sujeto se sitúa activamente en situaciones penosas, repitiendo así experiencias antiguas, sin recordar el prototipo de ellas, sino al contrario, con la impresión muy viva de que se trata de algo plenamente motivado en lo actual.

La contribución del término *reminiscencia traumática* o *representaciones inconscientes* entendidas por Breuer y Janet y leyendo el síntoma, desde ese entonces “como una cifra en un lenguaje conocido que ayuda a descifrar el texto, en otro desconocido” y qué se hacía con ese material inconsciente: repetirlo, vivirlo y padecerlo. Freud propondrá, más adelante que habría que recordar, analizar el repetir para poder elaborar.

Por otro lado Joyce McDougall (1989) vincula psicosomático con el psicoanálisis presentándolo como una puesta en escena desde la transferencia en donde el trabajo del psicoanalista es compartido por sus analizados para poder representar diferentes papeles, en las

cuales estas creaciones psíquicas permiten hacer un retroceso en donde las palabras tienen menos importancia que las percepciones sensoriales para facilitar el vínculo entre sufrimiento, angustia y placer y en los cuales el “yo” (Je) representa sus dramas ocultos incluyendo a sus personajes y sus decires cargadas de emoción y escuchar así, los dramas silenciosos describiéndolo como el potencial psicosomático o la parte psicosomática que poseemos todos y que se presentan bajo ciertas circunstancias internas o externas con las que la resistencia no ha podido lidiar y tiene la necesidad personal y el deseo de ser escuchado de manera muy particular.

La trayectoria sobre la somatización, según nuestra autora, se sintetiza en los siguientes apartados:

1.- Existe un “eslabón faltante” entre la histeria y la psicosomática ubicado por Freud en sus descripciones de las neurosis actuales (1898, 1914, 1916 y 1917).

2.- El eslabón faltante, está ligado a un estado de privación afectiva.

3.- Los somatizadores parecen haber pasado por una fase normal de organización edípica ya que tienen una adecuada vida sexual y social adulta en general. Sin embargo, en la práctica, se ha encontrado que a esta estructura edípica se ha incorporado a una organización mucho más primitiva, donde la imago paterna aparece deteriorada o ausente, tanto del mundo simbólico de la madre como del infante, en donde interpreta que el sexo y la presencia del padre no han desempeñado un papel importante en la vida de la madre y se convierte la figura paterna como no digno de amor o de estima, y resulta en un papel estructurante mínimo en la organización psíquica del niño.

4.- Debido a lo anterior, la imagen de la madre interna se vuelve extremadamente peligrosa,

cuando no existe fantasía del pene paterno que desempeñe un papel libidinal y narcisista complementario en la vida de la madre, la representación mental del sexo de esta (que ella transmite a su hijo) se convierte en la de un vacío ilimitado y el niño proyecta sobre este vacío, todas las expresiones de su megalomanía infantil, sin encontrar ningún obstáculo. La fantasía del espacio interno materno regresa ahí en su imaginario bajo aspectos pavorosos y mortíferos, sin dejar de ser constantemente atrayentes (55).

5.- Otra consecuencia es que, en esta estructura fantasmática, el pene del padre está separado de su papel fálico simbólico: por una parte, hay un pene idealizado que no permite ni desecharlo ni su identificación, y, por otro lado, un pene como objeto parcial destructor y persecutorio omnipotente.

6.- El imago materno y las fantasías en torno a su cuerpo se vuelven heterogéneas y se escinden a su vez en dos: la representación idealizada que ofrece la promesa de felicidad, y al mismo tiempo la amenaza de la muerte psíquica e incluso física del niño.

7.- A partir de esta constelación familiar desequilibrada y ansiógena, refleja los conflictos inconscientes y las contradicciones en ambos padres y bajo esta dinámica, el niño vulnerable psicosomáticamente, posee recuerdos de precoz autonomía aunada a una objetivación prematura de los primeros objetos dando por resultado sentimientos de inadecuación en el niño y el adolescente, ya que en un principio, no se permitió que el bebé creciera en una fusión ilusoria y omnipotente del trabajo materno, para que él se desarrollara en lo básico como dormir, comer y expulsar, es decir, que funcionara somáticamente de manera correcta, para que su madre universo se encargara de todo (56).

8.- La perturbación en la comunicación madre-lactante es una ruptura en la cadena de los fenómenos transicionales normales en la infancia, no posibilitando un espacio psíquico personal como lo ha descrito Winnicott (1951), porque no se desarrolla un vínculo precoz con la madre, sino que la madre reacciona y rechaza al bebé y este reacciona psicosomáticamente a través de alteraciones de una de las funciones fisiológicas fundamentales como la respiración, digestión, evacuación, problemas alérgicos, trastornos de sueño y de tipo alimentario. Es por esto la importancia de que el niño se adueñe psíquicamente de su cuerpo, de sus emociones y permitir relacionar pensamiento y sentimiento. Complementando este apartado, Anziue D, (1985) menciona que el sueño representa una actividad de constitución del espacio transicional. No se trata de interpretar solamente los deseos reprimidos, sino también de interpretar la dimensión de comunicación del sueño, porque no se necesita interpretar los sueños, forman parte también de la estructuración y tramitación psíquica del sujeto.

9.- El inconsciente de la madre emergerá a través del espacio psicoanalítico del adulto en identificar las prohibiciones prematuras (afectos intolerables de la madre), tan claras para el niño

pequeño, pero el mensaje es quitarles todo placer y libidinización corporal narcisista, no representado y de difícil acceso y entendimiento en el paciente.

10.- La imagen de la madre se vive doble: la figura omnipotente y omnipresente, por un lado, y la de una mujer frágil y fácilmente dañable por el otro que no permite elaborar ni internalizar a una madre protectora. La imagen de la madre se escinde: por una parte, hay una imagen idealizada omnipotente e inaccesible, “una madre capaz de conjurar todo sufrimiento y de satisfacer todo deseo”; la otra parte, es la imagen de una madre rechazante, incluso mortífera con la cual el ya adulto se identificará y por esta razón, se convertirá en “una madre persecutoria para sí mismo” (64).

11.- Cuando el padre desempeña un papel irrelevante en el mundo interno e indiferente ante su bienestar, el paciente se convierte en “padres terribles para sí mismos”, y buscan en lo externo (otras personas o sustancias adictivas) la solución a su desamparo y la reparación de ese sentimiento de herida. “Los relatos somáticos son una comunicación infra verbal con un significado dinámico y económico propio, como un sueño fallido” (65).

12.- Muchos pacientes psicosomáticos no recuerdan sus sueños, y existe una imposibilidad en simbolizar su mundo onírico y ponerlo en palabra que a su vez permitan una descarga afectiva y no un devastador funcionamiento somático o un actuar errático. En el análisis, se encuentra el sentido oculto de los sueños y de los síntomas a través del lenguaje que permite crear contención para representación de ideas fuertemente cargadas de afecto: *Le discours vivant* de Green (1973): “Los sueños permiten al sujeto delirar y alucinar saludablemente. Cuando hay ausencia de sueños y de fantasías es frecuente encontrar sensaciones corporales, pseudo percepciones transitorias o reacciones somáticas. Estos “equivalentes-de-sueños” que obedecen al proceso primario, pueden también considerarse como “equivalentes de afecto” (Green A, 1973, 121).

La disfunción psicosomática como respuesta a todo tipo de conflictos, puede concebirse como un síntoma donde la psique busca, con medios primitivos e infraverbales, enviar mensajes que serán interpretados somáticamente. Este tipo de fenómenos somáticos son mensajes enviados por la psique cuando esta se ve en peligro por el resurgimiento de acontecimientos dolorosos, culpabilizantes o amenazantes, pero cuya representación es inmediatamente expulsada del consciente.....Los afectos son los vínculos más privilegiados entre la psique y el soma (75).

En los pacientes psicosomáticos, el “representante-afecto” se mantiene fuera de la conciencia y se vuelve inaccesible porque es repudiado, sofocado y con una gran incapacidad para funcionar psíquicamente y enfrentarse a situaciones cargadas de afecto. Una persona desafectivizada es alguien que se aparta de algo, alguien o que retira su afecto.

La desafección remite también a un objeto que ha perdido su destino “primario” (una iglesia, un templo, un comedor...), el término contiene a menudo una idea de desacralización y de extrañamiento. Un lugar “desafectivizado”, que no reviste ya su utilidad original, conserva no obstante algo de su anterior utilización (109).

Con respecto al discurso, utilizan la palabra desafectivizada en donde se pierde la función de ligazón pulsional, las palabras existen como estructuras petrificadas, vacías de sustancia y de significado, no consiguen ni conceptualizar ni describir y puede parecer un discurso sumamente intelectualizado, pero desprovisto de afectos.

Caso clínico

El relato que a continuación se presenta es el caso clínico de una paciente polisomatizadora, en palabras de McDougall con el objetivo de mostrar el surgimiento de síntomas somáticos que iremos engarzando y entendiendo en el marco de la compulsión a la repetición, pincelada en el lienzo corporal.

S. es un paciente femenino de 25 años. El motivo de consulta está relacionado con la “insatisfacción que tiene con su pareja actual” (sic). Pelean, es agresivo verbalmente, y hay ocasiones que le asusta presenciar el descontrol que su novio tiene cuando encolleriza. A decir de ella, no acudió a terapia para terminar esta relación. Sólo para ella, poder mejorar, y saber cómo lidiar con el miedo que le puede provocar cuando él se enoja y que normalmente está relacionado con el consumo de alcohol y en situaciones celotípicas.

Acudió al consultorio 3 ocasiones, en las cuales habló de P. después de las cuales, no regresó hasta 1 mes después, con la novedad, que había concluido su noviazgo. Comenzamos entonces a trabajar con el encuadre psicoanalítico y surgieron otras “insatisfacciones” que estaban presentes: no tenía trabajo, ni dinero, su padre había muerto de cáncer 10 años atrás y esperaba encontrar un hombre que resolviera sus problemas financieros; que fuera guapo, rico y de piel clara, como le decían su madre, su hermana y sus tíos que debía de ser y que embonaba a la perfección con el novio con el que acababa de terminar. Llegaba al consultorio, acompañada de su

madre que la esperaba en el auto familiar, del cual se avergonzaba “porque era viejo y siempre se descomponía” (sic).

Su familia nuclear estaba constituida por su madre, su hermana, 15 años mayor y su hermano, 13 años mayor que ella. La dinámica familiar era muy conflictiva, en especial con las personas que vivían en esa casa: madre y hermano. La percibía a ella en un eterno reclamo por la partida del padre, la situación económica en la que los había dejado, y como resultado, que ella tuviera que trabajar de “nana” en escuelas y haciendo pasteles.

Con Q -el Hermano-, tenía enojo porque lo vivía como alguien que se aprovecha de las cosas que ella compraba y las utilizaba y comía sin su permiso. Con su madre estaba en una suerte de ambivalencia, por un lado, reconocía su labor, pero se sentía abusada económicamente porque el salario que ella recibía tenía que compartirlo para el sustento y los servicios de su casa. La misma vivencia y percepción que tenía del coche, la tenía con respecto a su casa, la cual estaba deteriorada, inservible y con espacios insuficientes, ya que su hermano dormía en la sala y tenía que compartir baño con S.

Estuvimos trabajando estos temas cerca de 5 años, y logró tener cambios muy significativos en su vida cotidiana: trabajó en varios espacios como maestra de idiomas, como tutora privada para regularizar estudiantes de nivel básico y secundario, como “Wedding planner”, hasta encontrar trabajos a distancias que le remuneraban bien económicamente. La relación con su madre y su hermano se volvieron cordiales y se abrió un diálogo cercano y afectuoso con ellos. Siempre había sentido admiración y respeto por su hermana mayor y había un profundo amor por sus 3 sobrinos, a los cuales procuraba desde un lugar maternal y educativo al ayudar siempre en sus tareas escolares.

Ella había sido muy responsable en la escuela: le gustaba estudiar y era comprometida en sus proyectos. Terminó la preparatoria de manera abierta e inició la carrera de psicología en una institución privada con una beca del 50%. Académicamente era exitosa, pero no se sentía bien con sus compañeros, ya que ella era mayor por 3 años y se sentía “muy desfasada; mis compañeros son muy inmaduros, sólo les importa la fiesta y no hacen nada” (sic). Abandona la carrera por cuestión económica después de su segundo semestre.

Comenzó una relación de noviazgo con un chico “fresón” al que llamaremos L. que conoció en la universidad. No estaba muy enamorada, pero le gustaba “que podía salir con él y tenía una bola de amigos para salir de antro.” Decidió vivir en pareja, después de 2 años de relación, sin tener que caer en la necesidad de los “lastres sociales” con los que había sido educada que consistían en llegar virgen al matrimonio, salir de blanco de casa de sus padres y casarse con un hombre que la pudiera mantener en un lugar de holgura económica. Cumplió un sueño infantil de conocer Disneyland y poder hacer un viaje a Europa, en un principio ella sola por espacio de 2 meses, para después reunirse en España con su madre y su pareja a los cuales les había pagado esta travesía.

Trastorno Psicosomático y su lectura.

Todo parecía marchar muy bien, hasta que florecieron las afecciones somáticas. Inició con un acné juvenil a sus 25 años “desfasado una década” a decir de su dermatóloga. Para S era un gran sufrimiento porque es una joven muy vanidosa y estar con brotes adolescentes en su etapa adulta era catastrófico. Acudió a consulta médica por espacio de 2 años y 4 especialistas, sin ver cambios en su cara como ella esperaba, a pesar de tener adherencia terapéutica a los tratamientos, consultas y régimen alimentario sugerido.

Al ver que no había mejoría, deciden canalizarla con un endocrinólogo que pudiera medir su funcionamiento hormonal y descubren que hay un hipotiroidismo latente medible y con la sintomatología característica a esta baja en el funcionamiento glandular. Principia tratamiento hormonal tiroideo, deseando que pudiera haber cambios, en especial con su piel. No hubo los resultados esperados, aunque al mismo tiempo, dejó de comer gluten, lácteos y algunos alimentos que “intervenían” en la producción de tiroides.

Para ella, las gripas eran todo un tema. Empezaba con pequeños malestares, hasta llegar a presentar altas fiebres, faringitis que la enronquecía al grado de llegar a la afonía. Ella podía ver en estos cuadros de enfermedad a lo largo de su trabajo analítico, algo del orden de lo psicosomático. Si bien había un tratamiento médico contra la infección/inflamación, comenzaba a darle una lectura distinta que estaba relacionada con los pleitos que tenía con su hermano y el lugar de defensa de su madre con él, y ataque hacia ella, diciendo que “ya te pusiste otra vez como loca a gritar”, “qué bueno que estás en terapia, porque tú lo necesitas” (sic paciente).

Parecía que, leyendo a su cuerpo, avanzaba: bajó de peso (le gustaba verse más delgada), aunque el peso, no era algo que le molestara y la piel, en tiempos, estaba mejor. Un día tuvo un accidente y se fracturó uno de los dedos del pie. Era pandemia y no necesita salir a trabajar, todo lo hacía desde su casa. Estuvo con yeso por espacio de un mes, y a partir de ahí, empezaron los problemas con su marcha. Aunque el hueso había soldado de manera adecuada, le “ardía” caminar. Ahora comenzó a ir con un podólogo, ya que el tercer traumatólogo la dio de alta y sugirió que tal vez, esto se debía a que sufría de “uñas enterradas” como consecuencia del manipuleo ejercido en ellas y lejos de sentir alivio, su caminar empezó a ser más errático y con mucho dolor. Dejó los tenis cerrados, razón que habían dicho que por eso se enterraron sus uñas, le prohibieron usar tacones y sólo podía aguantar los zapatos descubiertos. Llegó a inyectarse bótox, someterse a una operación en sus dedos gordos porque necesitaban cortar “el tejido enterrado que se había formado” (sic). No hubo progreso y la mandaron a rehabilitación.

A nivel de pareja se habían mudado a la casa donde ella había vivido ya que L. se había quedado sin trabajo y ella no quería hacerse cargo de pagar toda la renta y los servicios (siempre tuvo la idea de que el hombre pagara todo) y después de un año de vivir en pareja, se separan. S estaba muy deprimida, y todo lo enojada que estaba con L., no era comparable con su sufrimiento. Se reconcilian con la condición de buscar otro departamento en renta, dejar la casa materna y retomar su vida en conjunto. Entonces empieza un problema de vejiga en ella que no la deja estar sentada, el coito se vuelve muy incómodo, acentuando sus problemas de intimidad y regresan las peleas por la desigualdad en sueldos, de compromisos y en exigencias.

En este último año, el trabajo terapéutico psicoanalítico ha estado puesto en lo psicosomático y en la compulsión a la repetición. Maldavsky (2015) destaca que en las defensas que parecen tener eficacia en la producción de las perturbaciones psicosomáticas, son propias de un yo primitivo o inicial que intenta procesar una exigencia pulsional poco considerada, en la que la libido inviste los órganos y a la cual, dicho autor la denomina libido intrasómica que relaciona con una etapa investida con anterioridad a la constitución de las zonas erógenas periféricas con las cuales hay un intercambio con el mundo exterior. Explica las defensas como sigue:

Entre las defensas funcionales centrales figuran la fuga de los estímulos externos, y la proyección orgánica, que arroja afuera los estímulos nocivos existentes en el cuerpo y una desestimación del afecto funcional...Las defensas patológicas surgen sobre todo ante el fracaso de

las funcionales.....En las afecciones psicosomáticas, la defensa central es la desestimación del afecto (p 30).

Cuando de enfermedad se trata, la aflicción estará presente. En el plano de los Trastornos psicosomáticos, los pacientes vuelven a presentar dolores orgánicos que no tienen fundamento médico y es entonces cuando comienza la lectura psíquica. Es difícil en un primer momento, entender la repetición en situaciones y vivencias displacenteras y encontrar placer o satisfacción en el sujeto que las vive. Freud (1920), lo ubica muy claramente al decir que “lo que puede ser displacentero para un sistema del aparato psíquico, puede provocar placer en cualquier otro”. Al hablar de sistemas, evoca sus raíces médicas y aunque lo ubica desde el psiquismo, en los pacientes polisomatizadores los sistemas en los cuales se refleja la molestia, son a partir de la libidinización de órganos, siempre en movimiento para una nueva lectura.

La relación de tanto conflicto relacional con su madre y con su hermano, la llevó a repetir la misma situación agresiva con L. En un principio, parecía que la había resuelto, pero lo que hizo fue un movimiento proyectivo hacia su compañero. Reconocía que su hermano y L coincidían en muchos puntos que no eran evidentes al inicio, pero que en su convivir día a día comienza a ver la relación en su espacio analítico, entendiendo su actuar al no trabajar, su propio desorden y poco cuidado con su limpieza diaria, la pasividad y en especial la dependencia que mostraba hacia S. Interpretó que se “había convertido en su madre”, reflexión que la irritaba hasta explotar contra él.

Todo lo que ella se quejaba de los compañeros de la universidad, lo termina haciendo en acción: irse de fiesta, tomar alcohol en exceso. La libertad que no pudo vivir en su adolescencia por falta de dinero y de permisos morales porque “sería una zorra si sale de noche, se besueca con los chicos y se emborrachara” así como su acné estaba relacionado con esta fijación en dicha etapa del desarrollo. Actuar en la fiesta y actuar en el cuerpo, en la piel, en la membrana entre el adentro y el afuera, al no tener una piel que proteja y que en su lugar reacciona visiblemente y se anuda como parte de su “desfase,” como lo menciona.

- La fractura y el desenlace en su caminar errático por la vida ante las decisiones que había tomado de vivir con su novio cuando en realidad lo que en algún momento hubiera querido es vivir sola antes de vivir en compromiso como casada.

- La incomodidad en la vejiga que estaba relacionado a su etapa pre-edípica en el control de esfínter urinario, pero también en la cercanía con los órganos excitatorios sexuales que le

impedía tener una vida sexual plena y que en algún momento anterior en el análisis se había hecho la pregunta de un posible “abuso sexual” que la hubiera llevado a esta situación de no poder concluir la relación sexual con el orgasmo. Freud (1920) al decir que se repite lo reprimido y se escenifica en el terreno de la transferencia, es otorgarle un lugar de trabajo psicoanalítico para que se puede interpretar esta vivencia presente, en un lugar, el dispositivo analítico y en un tiempo, en donde no se siguen reglas y es tan atemporal como el inconsciente. Se repite, pero no al mismo lugar, por eso es tan complejo, porque está difuminado y poco claro, como en los sueños. El cambio o la diferencia en el polisomatizador, es en órgano afectado o, mejor dicho, afectivizado.

El cuerpo de S al comenzar a hablar cobró un protagonismo importante en el no decir y en el actuar a través del desconsuelo. Sabemos que el síntoma es dinámico y en la paciente podíamos además ubicar los órganos libidinizados que todos en su momento tuvieron un significado especial: la piel como membrana entre el afuera y el adentro en palabras de Winnicott: “El yo se basa en un yo corporal, pero sólo cuando todo marcha bien la persona del bebé empieza a estar vinculada con el cuerpo y las funciones corporales, con la piel como membrana limitadora”; la mirada como pulsión esópica al verse ella con éstos brotes y cómo la percibían los demás, además de ser tratada como una infección cutánea, es decir, estaba enferma. Recibió confrontaciones por parte del personal médico donde le interpretaban su piel como algo “psicológico a tartar.”

Un día llega con un sueño que la había llenado de terror. “Estaba en un hospital, y todas las personas que ahí laboraban están disfrazadas con botargas. Yo necesitaba ser atendida pero no quería que ellos me atendieran, porque desconfiaba de ellos y de su capacidad de intervención. Además, al verme temerosa, se burlaban de mi actitud y se reían de forma estridente. Logré salir de este lugar, después de pelearme con ellos” (sic), pero la sensación la acompaña hasta el diván.

Su interpretación le dice que es lo que ha estado sintiendo en este recorrer de médico en médico, de lugar en lugar, y que ninguno toma en serio su sufrimiento. En los recuerdos de nacimiento 1949, Winnicott menciona que “la existencia psicosomática es un logro y aunque se basa en una tendencia heredada hacia el crecimiento no puede concretarse sin la activa participación de un ser humano que sostenga y cuide al bebé” S. se siente sin sostén, expuesta en este ambiente médico que se burla de ella, al igual que su madre y hermano al desacreditar su espacio terapéutico colocándola en una definición de enfermedad-locura, como aparece en el sueño.

Pudo ver que la enfermedad también tenía otros recursos que ella podía utilizar como la identificación con un parent muerto y la obtención de ganancias secundarias: cuando su parent muere, ella recibía regalos de sus familiares, para distraerla y que no se sintiera sola; las peleas dejaron de existir en su casa derivadas del alcoholismo del parent, porque ya no podía tomar. Eran la familia que siempre habían querido, unidos, sin problemas, pero al borde de la muerte. La pareja de S tenía también una adicción, pero no al alcohol, si no al no hablar los problemas ni poder confrontarse para llegar a acuerdos: a (sin) dicción (habla). Cada sesión decía que ya estaba harta de su enfermedad, pero la seguía actuando en el lugar de congoja y minusvalía. En los síntomas se repite, en la compulsión a la repetición se actúa.

En Recordar, repetir y reelaborar (1914) Freud menciona que el principal instrumento para frenar la compulsión del paciente a la repetición y transformarla en un motivo para recordar, es el manejo de la transferencia. Comenzamos a elaborar a partir de la enfermedad. Construimos escenarios presentes con material histórico pasado, no sólo a nivel diacrítico, sino también sincrónico en la maraña familiar. La enfermedad y dolor son displacenteros de primera mano, pero la percepción e interpretación estaba dada por la paciente al encontrar una mirada que pudiera darle el lugar de víctima y de escucha que tanto necesitaba; en el síntoma hay una realización de deseo. Podría ser un lugar dentro de la familia, una identificación con el parent muerto, una mirada compartida desde el sufrimiento con sus hermanos y su madre y además es un deseo que remotamente se ha de cumplir: “Nada de lo que hago es suficiente para mi familia”

La manifestación del inconsciente en toda persona y la transferencia es sólo una forma muy especial de repetición dentro del espacio analítico. “La repetición es la característica general de la cadena significante.” Esta aportación me parece importante ya que es privilegiar el lenguaje del inconsciente en un sujeto que desea saber algo del orden de lo no sabido pero que lo hace actuar situaciones pasadas que le provocan sufrimiento y dolor. “Me pregunto ¿por qué mi hermano puede emborracharse hasta perder la conciencia y sale su lado agresivo en el cual se desquita con un poste de luz... será que él también tiene, como toda mi familia, este lugar de buscar sufrimiento cuando estamos festejando algo agradable?”

Lo que es agradable para un sistema es desagradable para otro: pulsión de vida y pulsión de muerte entrelazadas, en goce porque la enfermedad y el sufrimiento es lo que engarza a esta familia. Es el perdón en las tragedias orgánicas, que no cesan, se mueven en diferentes afecciones, todas ellas de origen psicosomático, y cada una de ellas con una gran cantidad de interpretaciones

en lo, pero al ubicar la enfermedad como salida, como lenguaje, como mensaje al otro de “cese al fuego”, se convirtió en S un síntoma en movimiento que podía utilizar como salida ante la agresión de un sistema familiar que la tenía atrapada.

En Lacan, hay un párrafo que llama la atención “El síntoma vuelve a brotar como mala hierba, compulsión de repetición. Pero esto no es más que un error: uno no se cura porque rememora, uno rememora porque se cura” Tenemos el síntoma que siempre va a insistir, y va a insistir con diferentes caras y facetas y puede ser que se transforme a lo largo de la vida del sujeto y de lo que lo toque o predisponga en el exterior, con algo que se anude en su muy interior (INC) y que en cuerpo se manifieste. Es cierto que el sujeto no se cura porque se acuerde de alguna situación traumática que le provoque dolor, es en el lugar de trabajo del psicoanálisis y en especial con la transferencia con el analista, que esta rememoración va a tener un significado distinto a través de la interpretación de un actuar constante, errático y provocador que nos va a remitir a la repetición, de un momento primitivo e impactante, en un momento en donde no hay muchos recursos para la interpretación, sólo sensaciones placenteras y desplacenteras que parece que se irán uniendo y frunciendo cada vez más a lo largo del tiempo.

Conclusión y Relevancia

Lo relevante en este caso clínico, es el recorrido que empezó a surgir en el cuerpo, al haber resuelto su motivo de consulta. Es ahí donde empieza el trabajo analítico que encontró un tejido y una forma de expresión en el cuerpo a través de la enfermedad y del sufrimiento. Venía de una familia marcada por la pérdida del padre por el cáncer que hace un parteaguas, un antes y un después en la configuración familiar y que deja un agujero en la desesperanza, la pobreza y el desvalimiento en cada uno de los miembros de este sistema, pero dejando como herencia el sufrimiento como un medio de comunicación y de relación con las personas cercanas ante los conflictos de a/dicción-a/fonía que no podían arreglarse a través de la palabra.

Era necesario encontrar otro lenguaje, y lo encontró en la enfermedad que no cesaba en la compulsión a la repetición y ofreciendo una gran variedad de síntomas para colocarla en una lectura de polisomatización. Se logró ubicar la secuencia traumática a partir de la enumeración histórica y sintomática y el afecto que se había pegado en los órganos internos y externo a partir de la construcción y adición de elementos de la propia paciente puesto en su fantasma. El Dr. Beller menciona que “la repetición en psicoanálisis no es un simple retorno mecánico de experiencias

pasadas, sino una estructura que se manifiesta en el síntoma, la transferencia y el acto del sujeto desde el inconsciente,” y me parece ser que fueron estos elementos los que nos permitió hacer un trabajo terapéutico desde el análisis.

Finalmente, Freud ubica la compulsión a la repetición, como la única explicación posible de ciertos hechos clínicos. El síntoma entra en estos parámetros cuando no hay una evidencia física aparente, pero sí en la historia predestinada de un sujeto, atravesado e identificado por el dolor.

Referencias

- Anzieu, D. (1985). *El Yo-piel*. Barcelona: Ediciones Paiós, 1995.
- Beller, W. (2024) *Seminario Automatismo de repetición*. CIES México
- Ellenberger, H. (1976). *El descubrimiento del inconsciente, historia y evolución de la psiquiatría dinámica*. Editorial Gredos.
- Evans, D. (2005). *Diccionario Introductorio de psicoanálisis Lacaniano*. Buenos Aires. Paidós.
- Freud, S. (1920) *Más allá del principio del placer*. En Obras Completas. Tomo XIV. Amorrortu: Buenos Aires (1976).
- Freud, S. (1914). *Recordar, repetir y relaborar*. Nuevos consejos sobre la técnica de psicoanálisis II; en Obras Completa tomo XII Buenos Aires: Amorrortu ediciones.
- Green, A. (1973). *El discurso vivo. Una concepción psicoanalítica del afecto*. Promolibro, Valencia, 1998.
- Laplanche J., y Pontalis J. B. (1971). *Diccionario de Psicoanálisis*. Editorial Labor. Barcelona
- Maldavsky, D. (2015) Estudio de algunos factores contribuyentes al desarrollo de perturbaciones psicosomáticas. Psicanálise v.17 nº2
- McDougall, J. (1985) *Teatros del cuerpo*. Colección Continente/contenido. Madrid
- Winnicott, D. (1962). *La integración del yo en el desarrollo del niño* En: Los procesos de maduración y el ambiente facilitador: estudios para una teoría del desarrollo emocional. Buenos Aires: Paidós, 2009.

Winnicott, D. (1949). *Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia.*

Escrito leído ante la sociedad psicoanalítica británica, el 18 de mayo de 1949. En

Winnicott, D. W. (s.f.) *Obras Completas* [Archivo PDF]. Psikolibro

Envío a dictamen:	05 de noviembre de 2025
Aprobación:	16 de diciembre de 2025

EL CUIDADO DEL CUERPO HUMANO EN LA FAMILIA ANTE EL CONFLICTO Y LA VIOLENCIA

THE CARE OF THE HUMAN BODY IN THE FAMILY IN THE FACE OF CONFLICT
AND VIOLENCE

Juan Carlos Fabela Arriaga¹³

Universidad Autónoma del Estado de México

Resumen

El cuidado del cuerpo humano constituye un eje central para la preservación de la dignidad y el desarrollo integral de las personas a lo largo de todo su ciclo vital. En México, este cuidado se encuentra respaldado por un amplio entramado jurídico sustentado en los derechos humanos; sin embargo, la persistencia del conflicto y la violencia en el ámbito familiar evidencia una brecha significativa entre la norma jurídica y las prácticas cotidianas. Aunque el Estado mexicano ha construido un marco normativo robusto para la protección del cuerpo humano desde la concepción hasta la vejez, el cuidado efectivo de la dignidad corporal depende de manera decisiva de la familia como espacio primario de socialización, prevención y resolución pacífica del conflicto, apoyada por políticas públicas, educación ética y mecanismos alternativos de solución de controversias.

A partir de una revisión amplia de ordenamientos jurídicos nacionales e internacionales, así como de aportes de la psicología y la bioética, se argumenta que la familia no solo puede constituirse en un espacio de riesgo para el cuerpo humano, sino también en el principal escenario de protección, reparación y resignificación del daño. El texto desarrolla el cuidado del cuerpo humano en las distintas etapas del ciclo vital —infancia, adolescencia, adulterz y vejez—, analizando los conflictos y violencias que pueden emerger en cada una de ellas y las respuestas jurídicos y psicosociales disponibles.

¹³ Profesor de Tiempo Completo adscripto a la Facultad de Ciencias de la Conducta de la Universidad Autónoma del Estado de México, integrante del cuerpo académico: Estudios Gubernamentales.

Palabras clave: familia, dignidad humana, cuerpo, conflicto, violencia, derecho, ciclo vital.

Abstract

The care of the human body constitutes a central axis for the preservation of dignity and the integral development of individuals throughout the entire life cycle. In Mexico, such care is supported by a broad legal framework grounded in human rights; however, the persistence of conflict and violence within the family sphere reveals a significant gap between legal norms and everyday practices. Although the Mexican State has established a robust regulatory framework for the protection of the human body from conception to old age, the effective safeguarding of bodily dignity depends decisively on the family as the primary space for socialization, prevention, and the peaceful resolution of conflict, supported by public policies, ethical education, and alternative dispute resolution mechanisms.

Based on an extensive review of national and international legal instruments, as well as contributions from psychology and bioethics, this paper argues that the family can not only constitute a space of risk for the human body, but also the main setting for protection, repair, and the re-signification of harm. The text addresses the care of the human body across the different stages of the life cycle—childhood, adolescence, adulthood, and old age—by analyzing the conflicts and forms of violence that may emerge at each stage, as well as the available legal and psychosocial responses.

Keywords: family, human dignity, body, conflict, violence, law, life cycle.

Introducción

En la contemporaneidad, marcada por el discurso de los derechos humanos, el cuerpo humano ha adquirido una centralidad inédita como fundamento de la dignidad, la identidad y el proyecto de vida de las personas. Ya no se trata únicamente de una entidad biológica sujeta a procesos de salud y enfermedad, sino de un espacio simbólico donde se inscriben relaciones de poder, reconocimiento, violencia y cuidado. En México, la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos y las leyes secundarias han establecido un marco normativo amplio orientado a la protección del cuerpo humano frente a la violencia, la explotación, la discriminación y cualquier forma de trato degradante.

No obstante, la sola existencia de normas jurídicas no garantiza por sí misma el respeto efectivo de la dignidad corporal. La violencia intrafamiliar, la desigualdad de género, el abuso infantil, la trata de personas y el abandono de personas adultas mayores continúan siendo problemáticas persistentes que afectan directamente al cuerpo humano y a la subjetividad de quienes las padecen. Estas realidades obligan a interrogar el papel de la familia como núcleo primario de cuidado, socialización y transmisión de valores.

La familia se configura como un espacio ambivalente: puede ser el primer entorno de protección del cuerpo humano o, por el contrario, el escenario donde se normalizan prácticas de violencia física, psicológica, económica o simbólica. En este contexto, el presente ensayo sostiene que el cuidado del cuerpo humano exige una articulación ética, jurídica y psicosocial entre familia y Estado, orientada tanto a la prevención de la violencia como a la gestión constructiva del conflicto y la reparación del daño.

El cuerpo humano

77

El ser humano atraviesa a lo largo de su vida distintas etapas de desarrollo que implican transformaciones corporales, emocionales y sociales. El cuerpo, entendido desde una perspectiva integral, no puede reducirse a su dimensión anatómica o fisiológica, pues constituye también el soporte de la experiencia subjetiva y de la interacción social. Desde la psicología, Galimberti (2006) señala que el cuerpo es “el campo de todos los acontecimientos psíquicos”, en tanto en él se inscriben las vivencias de placer, dolor, reconocimiento y humillación.

Esta concepción integral del cuerpo permite comprender por qué las agresiones corporales —ya sean físicas o simbólicas— tienen efectos profundos en la identidad y el proyecto de vida de las personas. El cuerpo no solo siente, sino que también significa: es a través de él que el sujeto se reconoce a sí mismo y es reconocido por los otros. Cuando el cuerpo es violentado, se fractura esta posibilidad de reconocimiento, generando daños que trascienden lo físico y alcanzan lo emocional, lo social y lo espiritual.

En el ámbito familiar, el cuerpo es objeto de cuidados, normas y significados desde los primeros momentos de vida. Las prácticas de crianza, los discursos sobre género, las expresiones de afecto o de castigo configuran una pedagogía corporal que puede promover el respeto o legitimar la violencia. De ahí la relevancia de analizar cómo la familia transmite, consciente o inconscientemente, formas de relación con el cuerpo propio y ajeno.

Instituciones, normas y regulación del cuerpo humano

A lo largo de la historia, las sociedades han construido instituciones destinadas a regular las conductas que afectan al cuerpo humano. La religión, la moral y el derecho han establecido narrativas y códigos orientados a fomentar determinadas prácticas y a sancionar aquellas consideradas dañinas para la convivencia social. En la tradición judeocristiana, por ejemplo, los Diez Mandamientos han funcionado como un marco normativo que prohíbe la violencia, el robo y la cosificación del otro, asociando la transgresión con la culpa y el castigo divino.

En el ámbito familiar, estos sistemas normativos se expresan mediante rituales, símbolos y roles que estructuran las relaciones entre sus integrantes. Sin embargo, cuando las normas morales resultan insuficientes para frenar la violencia, se vuelve necesaria la intervención del derecho positivo, entendido como un conjunto de normas coercitivas orientadas a la protección del bien común y, en particular, de la dignidad humana.

El derecho moderno reconoce que el cuerpo humano no es un objeto disponible, sino un bien jurídico fundamental cuya protección es responsabilidad del Estado. Esta concepción se encuentra claramente expresada en el artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, al establecer que todas las personas gozarán de los derechos humanos reconocidos en la Constitución y en los tratados internacionales, y que todas las autoridades tienen la obligación de promover, respetar, proteger y garantizar dichos derechos (Diario Oficial de la Federación, 15-10-2025).

Familia

Uno de los ejes centrales para comprender la violencia contra el cuerpo humano en la familia es el análisis de las asimetrías de género. La asignación tradicional de roles masculinos y femeninos ha legitimado históricamente relaciones de poder que colocan a las mujeres y a las infancias en situaciones de mayor vulnerabilidad. Estas asimetrías se transmiten mediante mensajes explícitos e implícitos sobre lo que “debe ser” un hombre o una mujer, reforzándose a través del castigo, la descalificación o la normalización del sufrimiento.

La familia, como primer espacio de socialización, puede reproducir estas desigualdades o bien convertirse en un agente de transformación. Cuando se promueve una reflexión crítica sobre el género y se fomenta el respeto por el cuerpo propio y ajeno, se generan condiciones para la prevención de la violencia. En este sentido, el conflicto familiar no debe entenderse únicamente

como un problema, sino también como una oportunidad pedagógica para el aprendizaje de formas no violentas de convivencia.

Infancia

La infancia constituye una de las etapas de mayor vulnerabilidad corporal y emocional. Las niñas y los niños dependen de los adultos para la satisfacción de sus necesidades básicas y para la protección frente a situaciones de riesgo. Reconociendo esta condición, el ordenamiento jurídico mexicano ha desarrollado un marco normativo específico orientado a garantizar el interés superior de la niñez.

El artículo 4º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos establece que en todas las decisiones y actuaciones del Estado se velará por el principio del interés superior de la niñez, garantizando de manera plena sus derechos a la alimentación, la salud, la educación y el sano esparcimiento (Diario Oficial de la Federación, 15-10-2025). Asimismo, la Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México define el desarrollo integral como el derecho a formarse física, mental, emocional y socialmente en condiciones que permitan el goce pleno de sus derechos (Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 30-09-2025, art. 5).

Sin embargo, la existencia de estos derechos contrasta con realidades marcadas por la pobreza, la violencia familiar, el abuso y la explotación infantil. Castillo y Hernández (2019) señalan que la vulnerabilidad infantil se configura a partir de factores que limitan el desarrollo físico, intelectual y emocional, colocándolos en situaciones de desventaja estructural. Cuando estas condiciones se normalizan en la familia o la comunidad, se perpetúan ciclos de violencia que afectan profundamente al cuerpo y la subjetividad de las infancias.

Nuevas formas de esclavitud y daño al cuerpo

Una de las expresiones más extremas de violencia contra el cuerpo humano en el siglo XXI es la trata de personas. Aunque la esclavitud está prohibida constitucionalmente en México, persisten formas contemporáneas de explotación que cosifican el cuerpo y lo reducen a mercancía. La trata con fines de explotación sexual y laboral afecta de manera desproporcionada a mujeres, niñas y niños, especialmente en contextos de pobreza, discriminación y desintegración familiar.

El Estado mexicano ha respondido a esta problemática mediante la Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y

Asistencia a las Víctimas de estos Delitos (Diario Oficial de la Federación, 14-11-2025), así como a través de la adhesión a instrumentos internacionales como el Protocolo de Palermo. No obstante, la visibilidad del fenómeno contrasta con el silencio social que lo rodea, lo que dificulta su erradicación.

Adolescencia

La adolescencia representa una etapa de transición marcada por la búsqueda de identidad, la autonomía corporal y el cuestionamiento de las normas familiares y sociales. En este periodo, los conflictos pueden intensificarse cuando las figuras adultas responden al desacuerdo mediante la imposición o la descalificación, en lugar del diálogo y la escucha.

El desconocimiento o la negación de los derechos de las y los adolescentes puede derivar en prácticas que vulneran su dignidad corporal y emocional. La familia enfrenta aquí el reto de acompañar los procesos de individuación sin recurrir a la violencia, reconociendo que el conflicto es inherente al desarrollo y puede gestionarse de manera constructiva.

Violencia de género y libre desarrollo de la personalidad

La violencia contra las mujeres constituye una problemática estructural que afecta directamente al cuerpo humano en todas las etapas de la vida. La Ley de Acceso de las Mujeres a una Vida Libre de Violencia del Estado de México reconoce diversos tipos de violencia —psicológica, física, patrimonial, económica, sexual, familiar, laboral, institucional, feminicida, entre otras— y establece la obligación del Estado de prevenir, atender, sancionar y erradicar estas conductas (Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 14-07-2025).

Paralelamente, el derecho al libre desarrollo de la personalidad reconoce la capacidad de las personas para decidir sobre su cuerpo, su identidad y su proyecto de vida. Carbonell (2016) señala que este derecho incluye la libertad de contraer matrimonio o no hacerlo, decidir sobre la procreación, la orientación sexual y la forma de relacionarse afectiva y eróticamente. Estas transformaciones sociales generan tensiones al interior de la familia, que deben ser abordadas desde el respeto y la comprensión, y no desde la violencia.

Justicia alternativa y mediación familiar como prácticas de cuidado

El conflicto familiar es inevitable; lo que resulta decisivo es la forma en que se gestiona. La judicialización adversarial suele profundizar la polarización y generar daños emocionales

adicionales, especialmente en niñas, niños y adolescentes. Frente a ello, los mecanismos alternativos de solución de controversias —mediación, conciliación y justicia restaurativa— ofrecen un enfoque centrado en la preservación de las relaciones y la reparación del daño.

La Ley de Mediación, Conciliación y Promoción de la Paz Social del Estado de México establece la obligación de fomentar en el ámbito educativo métodos basados en el diálogo y la resolución pacífica de conflictos (Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 05-04-2024, art. 4°). Desde esta perspectiva, la mediación familiar se configura como una estrategia ética y jurídica para el cuidado del cuerpo humano, al reducir la violencia y promover la empatía y el reconocimiento mutuo.

Vejez

En la etapa de la vejez, el cuerpo humano experimenta cambios que pueden incrementar la vulnerabilidad física, emocional y económica. La Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores reconoce el derecho a la dignificación, entendida como el respeto a la integridad física, psíquica y moral, así como a la autonomía y los valores de las personas mayores (Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 17-07-2024, art. 4°).

La familia desempeña un papel central en el cuidado de las personas adultas mayores, estando obligada a evitar cualquier forma de discriminación, abuso, explotación o violencia (Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”, 17-07-2024, arts. 9 y 31). Informar y sensibilizar a las familias sobre los cambios propios del envejecimiento resulta fundamental para prevenir el abandono, la negligencia y el maltrato.

Empatía, habilidades sociales y cultura de la legalidad

Más allá del marco jurídico, el cuidado del cuerpo humano requiere del desarrollo de habilidades socioemocionales que permitan comprender el impacto de la violencia en el otro. De la Rosa Vázquez et al. (2021) destacan la empatía como una herramienta fundamental para reconocer el sufrimiento ajeno y promover relaciones más humanas.

Asimismo, la comprensión racional de la norma jurídica contribuye a fortalecer una cultura de la legalidad orientada al bien común. Cuando las personas perciben las leyes como ajenas o injustas, aumenta la probabilidad de su transgresión y de la desvalorización del cuerpo del otro.

Por ello, resulta indispensable la difusión y educación jurídica como estrategias de prevención de la violencia.

Conclusiones

El análisis desarrollado a lo largo de este ensayo permite afirmar que el cuidado del cuerpo humano es un proceso complejo que trasciende el ámbito estrictamente jurídico y se inscribe en las relaciones cotidianas que se construyen en la familia. Aunque el Estado mexicano cuenta con un marco normativo amplio y sólido para la protección de la dignidad corporal, su efectividad depende de la apropiación social de la norma y de la capacidad familiar para gestionar el conflicto sin recurrir a la violencia.

La familia, como espacio primario de socialización, tiene el potencial de reproducir prácticas de violencia o de convertirse en un agente de transformación ética y social. En este sentido, la protección del cuerpo humano exige una corresponsabilidad activa entre familia, Estado y sociedad, basada en la educación en derechos humanos, el desarrollo de habilidades socioemocionales, la empatía y el uso de mecanismos alternativos de solución de conflictos.

Cerrar la brecha entre el derecho escrito y la experiencia vivida implica reconocer que el cuerpo humano no es un objeto disponible ni un medio para la dominación, sino el fundamento mismo de la dignidad, la identidad y la paz social. Solo a partir de este reconocimiento será posible avanzar hacia una convivencia familiar y social basada en el respeto, el diálogo y el cuidado integral del ser humano.

Referencias

Andrade Rubio Karla L. y Garza Guerra María T. (2020). *Nuevas perspectivas sobre la trata de personas en Tamaulipas*. Fontamara. México.

Buenrostro Báez y Baquero Rojas, (2019). *Derecho de la Familia*. Oxford, México.

Capdevielle Pauline y Medina Arellano M. J. (2018). *Bioética laica, vida, muerte, género, reproducción y familia*. Universidad Autónoma de México. México.

Carbonel Miguel (2016). *Los derechos Humanos. Régimen jurídico y aplicación Práctica*. Centros de Estudios Carbonell. México.

Castillo Santiago Rolando y Hernández Domínguez Enma Estela (2019). *El interés superior del menor en el derecho procesal mexicano*. Tirant to blach. México.

Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. (2025). Diario Oficial de la Federación.

Congreso de la Unión. (2025). *Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos*. Diario Oficial de la Federación.

De la Rosa Vázquez, Garza Sánchez, Granados Udave y Reyna Tejada (2021). Alternativas pacíficas para el Mediador: Empatía, atención plena y prácticas de comunicación asertiva. En Ramos Morales (2021). *La mediación como instrumento de transformación de la violencia*. Tirant to blach. <https://editorial.tirant.com/mex/libro/mediacion-como-instrumento-de-transformacion-de-la-violencia-9788413558103>

Galimberti Umberto (2006). *Diccionario de Psicología*. Siglo XXI. México

Krassoievitch Miguel (2018). *Psicoterapia geriátrica*. Fondo de cultura Económica. México.

Legislatura del Estado de México. (2024). Ley de igualdad de trato y oportunidades entre mujeres y hombres del Estado de México. Periódico Oficial Gaceta del Gobierno del Estado de México.

Legislatura del Estado de México. (2025). Ley de Acceso de las mujeres a una vida libre de violencia del Estado de México. Periódico Oficial Gaceta del Gobierno del Estado de México.

Legislatura del Estado de México. (2024). Ley de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno.”

Legislatura del Estado de México. (2025). Ley de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes del Estado de México. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno.”

Legislatura del Estado de México. (2024). Ley de Mediación, Conciliación y Promoción de la Paz

Social del Estado de México. Periódico Oficial “Gaceta del Gobierno”

Legislatura del Estado de México. (2024). Ley General para Prevenir, Sancionar y Erradicar los

Delitos en Materia de Trata de Personas y para la Protección y Asistencia a las Víctimas de estos Delitos, Diario Oficial de la Federación.

Quiles del Castillo, M. N., Morera Bello, M. D., Philippe Leyens, J., & Correa Piñero, A. D.

(2017). *Psicología de la Maldad. Cómo todos podemos ser Caín*. Alfaomega.

Quintanar F. (2011). *Atención Psicológica de las personas mayores, Investigación y experiencias*

en psicología del envejecimiento. Pax México.

Envío a dictamen:	05 de noviembre de 2025
Aprobación:	16 de diciembre de 2025

EQUIPO EDITORIAL

Imelda Zaribel Orozco Rodríguez
Editora General

Martha Patricia Bonilla Muñoz y José Antonio Vírseda Heras
Editores Adjuntos

Gabriela Paola Bogeras Velez
Directora Ejecutiva

Hilda Liliana Esquivel Landa
Diseño Editorial

Gabriela Paola Brogeras Velez
Responsable de Página Electrónica y Redes Sociales

Criterios para publicación

La Revista Psicología sin fronteras, es una publicación semestral que se publica en los meses de junio y diciembre, en formato electrónico. Arbitrada, de carácter académico, científico, editada por Psicólogos sin Fronteras A.C., que busca consolidarse como un medio en el cual se publiquen, difundan, discutan, y promuevan contenidos y avances e información para la actualización de profesionales, así como para promover la reflexión y la investigación con el objetivo de cumplir con los estatutos de la Asociación de acercar la Psicología para todos.

La colaboración será pertinente en tanto signifique avances a la disciplina desde la investigación, la práctica profesional y la docencia. La revista se dirige a investigadores, profesionales, docentes, estudiantes y al público en general que esté interesado en la Psicología.

Criterios de contenido:

Los trabajos que sean puestos a consideración para su publicación habrán de ser inéditos y originales y no haber sido publicadas con anterioridad o estar consideradas al mismo tiempo a dictamen para su publicación en otros medios, pudiendo ser resultado de investigación, ensayos científicos, estudios de caso, análisis teóricos y metodológicos.

Los autores deben conceder los derechos de autor a la revista para que las colaboraciones puedan reproducirse, comunicarse, transmitirse y distribuirse en cualquier forma o medio para fines culturales, científicos o de divulgación sin fines de lucro. Los autores deben firmar la cesión de la propiedad de los derechos de autor.

Criterios de formato:

Deberá entregarse un resumen de una extensión entre 100 y 150 palabras que describa el tema, objetivo, método, procedimiento, resultados y conclusiones, que incluya tres a cinco palabras clave, esto en español e inglés. El título del trabajo debe estar en español e inglés.

El documento deberá incluir, además, una introducción, material o métodos y resultados, así como conclusiones y referencias en formato APA, séptima edición.

El documento deberá presentarse en tipografía Times New Roman tamaño 12, interlineado 1.5, alineado a la izquierda.

La extensión mínima será de 12 cuartillas y máxima de 20, incluyendo tablas, figuras y referencias, tipografía, interlineado.

Los cuadros, gráficas y figuras diversas se incorporarán como anexos debidamente numerados y rotulados al reverso, El texto se indicará el lugar en el que debe colocarse.

El texto se entregará en archivo en formato editable en procesador de Word, por medio del correo electrónico.

El texto debe seguir los lineamientos del Manual de Estilo de publicaciones de la APA, en su séptima edición.

Deberán incluirse al final del trabajo el o los resúmenes curriculares del o los autores, incluyendo un correo electrónico por cada uno.

Criterios para la aceptación y dictaminación:

Sólo se aceptarán los trabajos que observen todos los criterios señalados.

Los trabajos serán sometidos a una revisión anónima por dos pares especialistas en los temas bajo la modalidad de doble ciego. Los dictaminadores no conocen los nombres de los autores de las colaboraciones ni éstos las de los dictaminadores.

El dictamen tiene como resultado tres opciones: aceptación, rechazo y aceptación con modificaciones.

En este caso, los autores de las colaboraciones deben atender las modificaciones en un tiempo determinado.

El Equipo editorial se reserva el derecho de hacer correcciones de estilo que considere con la finalidad de mejorar el trabajo.

Cada número de la revista se integrará con los trabajos que en el momento de cierre de edición cuenten con la aprobación del comité dictaminador.

El fallo del comité dictaminador es inapelable.

Cualquier controversia posterior al proceso de dictaminación será resuelta por el Equipo Editorial.

Entrega de los trabajos:

Los trabajos deberán ser dirigidos a la Editora General, a la dirección de la revista en su correo electrónico psicologosinfronterasmx@gmail.com

Enviar cualquier trabajo a la revista implica aceptar los criterios establecidos en este documento y autorizar al Equipo Editorial para publicarlo cuando lo considere conveniente.

La recepción de trabajos es permanente.

Los trabajos deberán acompañarse de una Carta de Originalidad y Postulación debidamente firmada.

Responsabilidad:

El contenido de los textos publicados por la revista es responsabilidad de los autores del texto, no constituyen la opinión oficial de la revista. La revista se reserva el derecho de publicación y de devolución de los artículos entregados.

